

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

OBSERVATORIO

POLÍTICAS DE SALUD

2009
DICIEMBRE
01

Generalistas y especialistas

JULIÁN TUDOR-HART
*Honorary Research Fellow, Wales Medical School,
Swansea.*

TRADUCCIÓN:

Diego Reverte Cejudo
Medico Internista.



Fundación 1º de Mayo | Centro Sindical de Estudios
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838
www.1mayo.ccoo.es | 1mayo@1mayo.ccoo.es

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050



Observatorio

POLÍTICAS DE LA SALUD

PRESENTACION

La publicación de Generalistas y especialistas de Julian Tudort Hart complementa el libro LA ECONOMÍA POLÍTICA DE LA SANIDAD. UNA PERSPECTIVA CLÍNICA. Que ya fue editado por la Fundación Sindical de Estudios. El autor en la 2ª edición inglesa añadió este capítulo que por su interés, ahora publicamos desde el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1 de mayo.

Queremos hacer constar nuestro agradecimiento al autor que nos ha autorizado la difusión de este texto y a la excelente traducción de Diego Reverte, en ambos casos su colaboración ha sido totalmente desinteresada.

OBSERVATORIO POLÍTICAS DE SALUD

Director: Marciano Sánchez Bayle



Generalistas y especialistas

JULIÁN TUDOR-HART

Honorary Research Fellow, Wales Medical School, Swansea.

En el ámbito internacional, la mayoría de la gente espera que los médicos que más éxito tengan sean los especialistas. Si usted tiene que admitir que es tan sólo un médico general, van a pensar que se ha caído del escalón más alto de la escalera de la ambición.

Yo fui un “Glyncorrwólogo²”, el único del mundo. Supe más, hice más y, sin duda, escribí y hablé más de los problemas de salud de Glyncorrwg que ningún otro médico. Por eso, para esta comunidad concreta, me convertí en el experto, en un especialista en, por lo menos, reconocer inicialmente y, a menudo, en manejar finalmente todo el potencial espectro de los problemas de salud. Sobre todo, era una persona ampliamente informada, capaz de reunir en una historia completa, lo que había dividido una variedad siempre creciente de especialistas de enfermedades y de órganos concretos.

Las afirmaciones de que los generalistas de base comunitaria están menos preparados, tienen menos habilidades, están menos reconocidos y son menos útiles que los especialistas hospitalarios se basan en fundamentos aparentemente lógicos. Si los médicos generales fueran realmente generalistas, según el argumento convencional, tendrían que saber de todo. Pero nadie puede saberlo todo. Por tanto, los generalistas están vinculados al fracaso y deberían asimismo dejar de intentarlo¹.

De hecho, la existencia de buenos generalistas es una condición previa para la existencia de buenos especialistas². Y paradójicamente, para ser eficaces, los médicos generales tienen que hacerse especialistas, pero de otro tipo – especialistas en su propia localidad y en la población de la misma, especialistas en la responsabilidad general de las estrategias para la atención inicial, continuada y la final a lo largo de la vida y en el enorme y aún poco explorado terreno entre los límites externos de la salud y la enfermedad bien establecida en su etapa final.

En los años inmediatamente posteriores a la Revolución Rusa de 1917, hubo orquestas experimentales sin director. Fracasaron. Para sacar partido de los especialistas expertos, que saben cada vez más de menos cosas, necesitamos generalistas expertos que puedan ver todo el conjunto, desde una perspectiva más cercana a los enfermos, pero con mucha mejor información que dichos enfermos sobre lo que es posible o probable. A medida que se multiplican las divisiones entre los especialistas y su ejercicio profesional, se incrementa nuestra necesidad de este tipo de generalistas. Hay que definir de nuevo las funciones de estos generalistas, partiendo de los médicos generales del pasado, que tenían que enfrentarse con todo lo que les echaban, hacia los biólogos humanos locales del futuro.

NOTA:

Las notas a pie de página se relacionan al final del texto.

¹ Neologismo acuñado por el autor, partiendo del nombre del pueblo de Gales Glyncorrwg donde ejerció muchos años como médico general. (N del T)

Para ir de donde estamos a donde tenemos que ir, necesitamos comprender de dónde vienen los médicos generales británicos.

ORÍGENES DE LA DIVISIÓN ENTRE GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS

La especialización clínica empezó por los dos extremos de la jerarquía médica, el más alto y el más bajo. En lo más alto de la pirámide estaban los hospitales docentes, dominados por los médicos particulares de los ricos. Obtenían sus conocimientos y habilidades a partir de su experiencia con la pequeña parte de los enfermos pobres que ingresaban en estos hospitales docentes. Eran más seguros los tratamientos a domicilio, porque los hospitales eran nidos de infecciones letales. Los médicos y cirujanos de los ricos controlaban la educación médica formal y definían su profesión como un conjunto único. Hasta la segunda mitad del siglo XIX, estos médicos de la cúspide de la pirámide eran generalistas, sólo divididos en cirujanos, cuyo trabajo conllevaba la invasión del cuerpo, y médicos, que se mantenían separados del cuerpo por la longitud del fonendoscopio. Los médicos estaban familiarizados con una amplia variedad de enfermedades, pero eran casi impotentes para modificar su curso³.

Un poco por encima de la base de la pirámide, estaban los médicos generales, agentes sanitarios pluripotenciales que podían aplicar las manos a cualquier tarea que se les presentara (incluida una buena dosis de cirugía menor y de urgencia), respecto a quienes no podían costearse un médico o cirujano con puestos hospitalarios o que fuera miembro del Royal College*. Eran, con mucho, más numerosos que los médicos y cirujanos, pero tenían poca influencia profesional hasta que la Ley de Seguro de Lloyd George garantizó unos sueldos mínimos de subsistencia.

En la base, había numerosas personas sin contabilizar con habilidades especiales, pero sin educación médica formal, y excluidas de forma clasista de la profesión médica. Habían logrado sus habilidades por haber concentrado experiencia respecto a problemas concretos, tras un aprendizaje junto a alguien que tenía la experiencia acumulada de las generaciones previas, a menudo dentro de dinastías profesionales, como era el caso de los sacamuelas ambulantes para tratar los flemones, de los que “batían la catarata”**, de los ensalmadores*** para fracturas y luxaciones⁴, de los abortistas para mujeres que no podían asumir tener un niño, de las comadronas para los que iban a nacer, de las cuidadoras de los moribundos y de las personas mañosas en el terreno médico-quirúrgico que parecían surgir en todas las comunidades industriales, para ocuparse de todo aquello que los médicos cualificados no tomaban en consideración⁵. Los médicos y los cirujanos despreciaban a todos estos especialistas y, en la medida de lo posible, los excluían del ámbito de la Medicina como disciplina académica. Con argumentos que sólo se basaban en su propio poder y autoridad, condenaban por conducta no ética a cualquier profesional médico que intentara limitar su ejercicio de una forma similar a la de estos profesionales, principalmente porque podían competir con éxito

* Se refiere el autor al Royal College of Physicians que, en cierto modo, es el equivalente a nuestro sistema colegial, pero no obligatorio. (N del T)

** “Batir la catarata” (En Inglés “Couching”) “. *fr. Cir.* Hacer bajar el cristalino opacificado a la parte inferior de la cámara posterior del globo del ojo. (Diccionario manual e ilustrado de la Lengua Española, 4ª edición revisada, Espasa-Calpe, S. A., Madrid, 1989). (N del T)

*** “Ensamador”, . m. y f. Persona que tenía por oficio componer los huesos dislocados o rotos. (Mismo diccionario)” (N del T)

en los honorarios, y los honorarios eran escasos dado que se trataba de un mercado defendido de manera salvaje.

A partir de mediados del siglo XIX, empezaron a aparecer nuevos instrumentos que hacían que el cuerpo humano fuese accesible para poder obtener un diagnóstico en vida, que se acercase al que ya era posible tras la muerte⁶. Para adquirir y mantener las habilidades necesarias para usar estos instrumentos de forma segura y efectiva hacía falta mucha práctica y la única manera de obtenerla era especializarse. A lo largo del resto del siglo XIX, los médicos generalistas y los cirujanos mantuvieron una lenta lucha que fueron perdiendo paulatinamente contra la competencia de estos nuevos especialistas con título de médicos – oftalmólogos, otorrinolaringólogos, dermatólogos, eventualmente veneorólogos y tisiólogos – o sea, un “ólogo” para cada “ología”. En todo caso, los médicos que hacían algo constantemente lo hacían mejor y con menos riesgo que quienes sólo lo hacían de vez en cuando.

A finales del siglo XIX estaba claro que los especialistas iban a ganar esta batalla comercial. Para las cosas importantes, los ricos no iban a molestar acudiendo a los generalistas, aunque tuviesen puestos en hospitales docentes. Irían directamente a cualquiera que tuviese el mayor prestigio en cuanto a competencia. Buscaban las habilidades clínicas derivadas de la experiencia que habían acumulado en los hospitales con los pobres, pero no querían ingresar ellos mismos en el hospital. Los hospitales seguían siendo lugares peligrosos, pensados para los pobres sin alternativas. En lo que respecta a los ricos, las funciones de los hospitales eran ofrecer alivio a un determinado número de pacientes pobres, enfermos e ingresados, en aras a hacer un gesto por la estabilidad social y proporcionar experiencia a los estudiantes de Medicina y a los médicos, que luego la podrían aplicar a los ricos en sus domicilios. Incluso en casos de cirugía mayor, los que podían costearlo se hacían tratar, por lo general, en casa, hasta después de la Primera Guerra Mundial, momento en que empezó a cambiar esta situación. A finales de la Segunda Guerra Mundial, acabó de completarse este cambio. Cualquiera que pudiese costárselo esperaba eventualmente que, al menos inicialmente, todas las enfermedades importantes se trataran en el hospital.

Hacia finales del siglo XIX empezó a hacerse visible la efectividad de los avances de la ciencia médica. Los médicos generales sin puestos en los hospitales vieron cómo perdían a sus pacientes más prósperos que iban a los departamentos de consultas externas del hospital donde podían ser atendidos por estudiantes de Medicina y residentes, sin pagar, siempre que pudieran burlar a las Damas Sociales, que se suponía que rechazaban a todo aquel que podía pagar⁷. Durante la primera década del siglo XIX, esta amarga y creciente disputa por el negocio llegó a su nivel más alto. Paradójicamente, no la resolvieron los profesionales, sino la Ley de Seguro de Lloyd George, que procuró a los médicos generales unos ingresos básicos del Estado suficientes (provinientes de los trabajadores inscritos en sus listas para legitimar los beneficios y proporcionar asistencia médica elemental), que se añadían a los honorarios privados que pudiesen conseguir, de modo que pudiesen vivir como solía hacerlo la clase media, sin tener que esforzarse por pasar por especialistas⁸. Los especialistas hospitalarios, al menos en las grandes ciudades, podían confiar en las suficientes derivaciones privadas que hacían estos médicos generales para pagar a sus sastres y a sus chóferes, así como otras necesidades propias de su categoría social de consultores.

Los especialistas y los médicos generales llegaron a un entendimiento, al que dieron forma de código de ética profesional, que se pudiera implantar, no por ley, sino como hábito profesional y a fuerza de exclusión. Hasta los años setenta del siglo XX, la preocupación principal de la ética médica no era la competencia, sino la etiqueta: los términos del comercio y de la competencia. En este nuevo “concordato”, los médicos ge-

nerales no intentarían tratar enfermedades que estuvieran fuera de las que correspondieran a sus habilidades, pero podían derivar los problemas que se salían de su competencia a los especialistas, mediante una cita hospitalaria, utilizando una carta de referencia como salvoconducto de entrada. Los especialistas sólo verían a los enfermos si se los enviaban los médicos generales, con la correspondiente carta para demostrar que era así. Cuando se habían ocupado del problema, habrían de devolver al enfermo al médico general. Tomando las palabras de la soberbia historiadora de este proceso, Rosemary Stevens, “Los consultores consiguieron el hospital y los médicos generales los enfermos”⁹.

En teoría y, por lo general, en la práctica, cuando los especialistas del Reino Unido se habían ocupado de un problema, devolvían al enfermo al médico general, con un informe que explicaba lo que había que hacerle para continuar la asistencia. De ahí deriva el término “consultor”. Los especialistas tenían una responsabilidad transitoria respecto a un episodio de la enfermedad pero, por otra parte, un papel de meros consejeros. Los médicos generales “poseían” a sus enfermos y éstos en conjunto constituían “la clientela” de su ejercicio. Esta “clientela”, junto con sus locales (a menudo eran su propia casa) formaban su principal capital que, hasta 1948 se podía comprar o vender en el mercado profesional – un concepto de propiedad que vamos a discutir más adelante.

En todas las sociedades industriales se desarrollaron en su momento acuerdos de este tipo, pero tal cosa sucedió mucho antes y de forma más completa en Gran Bretaña que en cualquier otro lugar. Incluso hoy en día, los enfermos en Francia pueden dirigirse directamente por sí solos al especialista que prefieran, sin consultar a nadie de atención primaria para saber si tal derivación es adecuada¹⁰. En todos los países, los médicos ricos tienen enfermos ricos y los médicos pobres, enfermos pobres, pero sólo en Gran Bretaña empleó la industria manufacturera a la absoluta mayoría de los trabajadores. El soporte para el libre comercio médico por parte de una clase media de pequeñas ciudades y del medio rural, que era la clientela preferida por parte de los profesionales liberales, era relativamente débil. Esta es una de las razones por las que Gran Bretaña fue el primer país capitalista que desarrolló un servicio nacional de salud universal a un coste asumible. Se había desarrollado una amplia red de generalistas comunitarios para seleccionar los problemas que eran apropiados para remitirlos a los especialistas, lo que permitía que éstos realmente se especializaran.

Una consecuencia de esta división fue que los médicos generales quedaron apartados de los hospitales, que fueron monopolizando todas las innovaciones técnicas, así como la enseñanza y la investigación. Para sobrevivir en sus pequeñas “tiendas de la esquina”, los médicos generales tenían que gastar lo menos posible en personal, equipamiento o locales y no se planteaban hacer docencia ni investigación. Si sacaban algo de tiempo para la formación de postgrado, era tan sólo para escapar de la medicina general y dar el primer salto hacia la especialización. En las áreas industriales en las que vivía la mayoría de la población, con más o menos mala gana, los médicos generales entregaban todas las tareas que no fuesen las más sencillas a los especialistas del hospital, porque la demanda de esas tareas más sencillas era más que suficiente para ocuparles todo su tiempo y la ley de seguros les pagaba para eso.

Los médicos generales, en particular en las áreas industriales, seguían siendo, por lo tanto, una clase inferior, una maldita infantería del ejército médico. Su formación era mucho más corta, sus ingresos eran más bajos, su situación social más baja que la de los consultores y las habilidades útiles que aún conservaban, despertaban poco respeto profesional¹¹. Cuando trabajé en atención primaria en el NHS*, se contrataba a los médicos generales para que proporcionasen “los servicios que normalmente proporcio-

naban los generalistas” (citando literalmente las palabras del contrato)¹². Dicho de otra manera, se exigía que los médicos generales hicieran lo que hacían los médicos generales, una repetición biensonante que satisfizo a todos los gobiernos desde 1912 hasta 1990. El “generalismo” no se desarrolló como un concepto necesario y no se reconoció que los generalistas tenían un papel clínico importante hasta 1966, cuando parecía que iban a desaparecer los médicos generales.

LA “COSIFICACIÓN” DE LA ENFERMEDAD

Hasta ahora, la especialización se ha considerado principalmente como una división profesional, no como una división biológica. Considerémosla como una manera diferente de contemplar la enfermedad.

La mayoría de la gente tiende a pensar que las etiquetas diagnósticas se derivan de cierta realidad patológica, fácilmente distinguible de la salud. Esto tiene que ser siempre una falacia, aunque a veces resulte útil. Una enfermedad existe siempre y exclusivamente en un ser humano al que afecta¹³. El parásito de la malaria en un mosquito sólo se convierte en enfermedad cuando el mosquito chupa sangre de sus víctimas humanas y les escupe algunos parásitos de malaria a la sangre. Incluso en ese momento, la malaria no existe como enfermedad hasta que los parásitos vencen las variadas resistencias que ponen a punto los sistemas inmunes de las víctimas que, a menudo, tienen éxito. Todas estas etiquetas de enfermedades, sin excepción, representan situaciones de alteración de la salud en personas reales. Ninguna enfermedad puede entenderse como algo en sí misma. El proceso de llegar al tipo de pensamiento que concibe las enfermedades como enemigos independientes de sus vehículos humanos, es la “materialización” de la enfermedad, que convierte un proceso en una cosa.

Esta “materialización” de la enfermedad tiene una larga historia y una poderosa garra en nuestra imaginación¹⁴. Los clínicos, en tanto en cuanto que científicos, han buscado preguntas con potenciales respuestas, lo que Medawar llamaba “el arte de lo que puede resolverse”, mientras que, como empresarios, han buscado consumidores con deseos potenciales. Como profesionales, obligados por lo general a aceptar estas dos funciones, la de científicos y la de empresarios, los médicos, al menos en cierto modo, han tenido que vivir sus vidas planteándose los problemas reales tal como los enfermos los perciben, lo que deja poco margen para filosofar.

Cuando los médicos no podían hacer mucho en relación con las enfermedades, aparte de predecir su probable curso, sus etiquetas diagnósticas se constituían en torno a esta función. Según fueron adquiriendo más capacidad de modificar los cursos de las enfermedades, contemplaron nuevas etiquetas sobre bases diferentes, centradas en sus modalidades de tratamiento. Se descubrió que, no sólo diferentes enfermedades, sino también diferentes subgrupos de enfermedades y subgrupos de subgrupos de enfermedades, respondían mejor a una variedad cada día mayor de medicaciones y técnicas. Este hecho ha creado una curiosa paradoja. Ahora, hay cada vez más gente que llega a lo que se acostumbraba a considerar la vejez – digamos 80 años o más – y esas personas siguen siendo capaces de hacer casi todo lo que hacían en su juventud, aunque

* NHS “National Health Service” británico. La sigla es tan bien conocida en ambientes sanitarios que, de ahora en adelante, la conservaré sin traducir (N del T).



sea más despacio y con mayor dificultad. Resulta que parece que estas personas sin discapacidad alguna tienen más enfermedades que nunca y parece que hacen falta más especialistas que nunca para ocuparse de ellas.

Para tener cierta esperanza de éxito en la búsqueda del límite entre su conocimiento creciente y el consiguiente tamaño en aumento de su ignorancia percibida (“No sabemos lo que sabemos”, como diría Donald Rumsfeld), los científicos han tenido que dividir la que, de hecho, es una frontera continua en secciones manejables. Han simplificado y, por ende, hasta cierto punto, falsificado las realidades que estudian, con objeto de poder empezar, ocupándose de un trocito en cada momento. En la práctica, este enfoque reduccionista ha resultado ser útil y eficaz para resolver muchos problemas reales. Ha resultado ser en fundamento del “especialismo”.

Una consecuencia importante es que, una vez que se ha desarrollado bien un campo nuevo, los nuevos avances tienden a aparecer en la parte externa de sus límites externos con otras especialidades, en lugar de hacerlo en su núcleo central¹⁵. Este hecho reune campos que estuvieron anteriormente separados en un ciclo sin fin de divisiones inicialmente útiles, pero eventualmente contraproducentes que, a veces, pueden seguirse del redescubrimiento de unidades que pueden resultar que son más útiles hasta que vuelvan a organizarse con nuevas formas, con mayor capacidad de explicar cosas y establecer predicciones.

MÚLTIPLES ETIQUETAS Y CASCADAS DE INFORTUNIO

Alrededor de los años sesenta, pocos jóvenes morían de enfermedades infecciosas en los países desarrollados. Las infecciones estaban desapareciendo como causas importantes de muerte prematura, y las sustituyeron las lesiones traumáticas, las enfermedades autoinmunes, los cánceres y los procesos degenerativos cerebrales y circulatorios. Ninguno de estos procesos hacía pensar en las enfermedades como si fueran invasiones por parásitos, tal como era el caso de la malaria o la difteria, aunque era así como la mayoría de las personas se había acostumbrado a pensar en ellas. Ahora parecían más bien motines y degeneraciones internos¹⁶. Con un arma apropiada dirigida con precisión por un diagnóstico correcto, los médicos anteriormente podían matar la neumonía o la meningitis con un disparo durante unos pocos días, con poco riesgo de hacer daño a sus enfermos y con poca necesidad y oportunidad de conocerlos antes de que volvieran a sus vidas anónimas. Los motines y las degeneraciones internas, por otra parte, son inseparables de las vidas que estropean o acortan. Evitarlos, reconocerlos o retrasarlos requiere una supervisión y revisiones a lo largo de toda la vida¹⁷, junto con la inteligente participación activa de los propios pacientes¹⁸.

A partir de la edad media de la vida, la mayoría de las enfermedades no aparecen de forma aislada. La percepción de la existencia de más de una etiqueta diagnóstica (comorbilidad) se ha convertido en la regla, en lugar de ser la excepción¹⁹. Esta multiplicidad aumenta con la edad²⁰ y también según sea más baja la clase social²¹. En parte, esto se debe a que el infortunio es fértil: cuantos más problemas tienes, más probable es que acabes teniendo aún más. La vida para mucha gente se convierte en una desgracia tras otra, una cascada de infortunios acumulativos, tanto sociales como médicos. Cada escalón que uno baja, lo hace cada vez más deprisa, añadiendo más problemas a lo que ya se tienen, y uno acaba donde ya no hay escapatoria. No hay ningún misterio respecto a las diferencias de clase social en lo referente a morbilidad y mortalidad, que aumentan a lo largo de la vida en cada nivel de desarrollo humano²². Cual-



quier trabajador con experiencia en atención primaria médica o social conoce a familias tan acosadas con problemas múltiples y que se multiplican, que sus esperanzas se reducen a sobrevivir de un día para otro, junto con todo el alivio que pueden encontrar en las creencias místicas.

Este proceso en cascada es enormemente significativo para la economía de la atención sanitaria. Las intervenciones precoces, que requieren poca pericia técnica, pero mucho tiempo y experiencia social y criterio amplios, pueden ser mucho más eficientes que las intervenciones críticas tardías que emplean alta tecnología y gran pericia²³. De nuevo una y otra vez, los servicios de urgencias hambrientos de recursos que prestan superespecialistas están obligados a robar recursos de los presupuestos de prevención de los generalistas del primer nivel, con objeto de mantener la atención crítica y, es de esperar, de evitar escándalos públicos, denuncias por parte de los periodistas y la ira de los políticos cuyas carreras dependen de los votos en las siguientes elecciones. Nadie con los pies en la tierra puede justificar que se supriman los cuidados en una situación crítica porque la atención preventiva para quienes no están aún en situación crítica sea más eficiente. En consecuencia, la atención en el momento de crisis es nuestra realidad cotidiana en la mayoría de los servicios públicos generalistas, más incluso en los sociales que en el NHS. Cuando, en conjunto, los servicios están enormemente infrafinanciados, como lo han estado en el Reino Unido durante al menos las tres últimas décadas del siglo XX, los especialistas obligaron a la atención preventiva de las personas que no estaban todavía muy enfermas a entablar una competencia llamativamente desigual con la salvación en las situaciones finales. En tales condiciones, que es probable que no tarden en aparecer de nuevo, a medida que la economía británica se deslice hacia la bancarrota nacional, siempre salen perdiendo los generalistas y los cuidados preventivos.

LAS PROBABILIDADES DEL ESPECIALISTA Y LAS POSIBILIDADES DEL GENERALISTA

La “cosificación” de la enfermedad se convierte en un concepto contraproducente siempre que miremos hacia atrás desde las enfermedades en su etapa final hacia sus orígenes. En este contexto es en el que los generalistas de atención primaria pueden hallar sus mejores oportunidades de dar la vuelta, retrasar o detener el progreso hasta una enfermedad evidente. El diagnóstico tardío o de autopsia, a partir del que toda nuestra clasificación de enfermedades y nuestro método clínico se desarrolló en el siglo XIX, se refiere a las probabilidades convergentes que se dan en las personas que están suficientemente enfermas como para ingresar en los hospitales docentes, que parecen museos de grandes procesos patológicos en su fase terminal, en los que dominan los especialistas²⁴. Por el contrario, el diagnóstico precoz, que es motivo principal de preocupación de todos los profesionales sanitarios de atención primaria, abarca a posibilidades divergentes en personas que aún no están enfermas. Los generalistas tienen la esperanza de mantener fuera del hospital a la mayoría y, quizá, libres de cualquier tipo de enfermedad. Los generalistas necesitan tener un sistema de pensamiento diferente, que incluye la atención de la enfermedad en fase terminal, que nunca va a desaparecer, pero teniendo mucho más en cuenta que incluya sus más tempranos comienzos, a menudo mucho más precoces en la vida, en los que el futuro es mucho menos predecible. Los generalistas se ocupan principalmente de las posibilidades divergentes y los especialistas lo hacen de las probabilidades convergentes.

Los datos que generan los especialistas son, con frecuencia, mal comprendidos por quienes no lo son, es decir, por los generalistas, los medios de comunicación y el público, porque no consiguen tomar en consideración esta diferencia. Es un hecho que se conoce desde los años cincuenta del siglo pasado que los fumadores tienen un riesgo unas veinte veces mayor de tener cáncer de pulmón que los no fumadores. Sin embargo, es también un hecho que, de todos los fumadores, sólo uno de cada ocho tiene cáncer de pulmón (si bien, un porcentaje mucho mayor tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica que, a menudo, les lleva a morir de muertes mucho más desagradables que las del cáncer). Es decir, por cada uno que experimenta en su persona la lección de que fumar mata de esta forma concreta, hay otras siete que experimentan en su persona que no mata. Existen cifras similares respecto a prácticamente todos los verdaderos factores de riesgo para la producción de enfermedades específicas²⁵. Incluso si se cruza una carretera siempre muy concurrida a ciegas, sigue habiendo una probabilidad mayor del 50% de llegar al otro lado sin sufrir daño alguno. Nadie concluye por esto que éste método de cruzar la carretera sea seguro, porque todos sabemos que hay muchas variables diferentes que influyen en la probabilidad de que haya una colisión en estas circunstancias. Por desgracia, todavía no hemos aprendido a pensar en estos términos sobre los aspectos más amplios de la biología humana o a expresarlos así. Principalmente porque nos hemos acostumbrado a hablar de las enfermedades, como si fueran cosas en lugar de procesos. La gente está enterada, por lo general, de lo que ocurre a su alrededor, en casa o en el trabajo, y de lo que no ocurre. La exageración de los riesgos y de los beneficios, sobre todo, por expresarlos como aumentos o disminuciones porcentuales de sus tasas (riesgos relativos), en lugar de hacerlo como cambios en el riesgo absoluto^{26*}, sencillamente confunde a la gente e induce a que tenga visiones escépticas de las afirmaciones científicas²⁷. También invita a volverse hacia el fatalismo, la superstición y el rechazo, en especial en las poblaciones más pobres que soportan las mayores y más pesadas cargas de mala salud²⁸.

Tanto para el público general, como para los generalistas que prestan atención primaria en la comunidad, tener un pensamiento claro requiere por lo general unos conceptos mucho más amplios que los que usan los especialistas para enfrentarse a enfermedades específicas. Si abordamos los procesos precoces que es probable que conduzcan a ulteriores enfermedades, moviéndonos más cerca de las causas iniciales, en lugar de dividir los problemas de salud en fragmentos cada vez más pequeños para especialistas cada vez más limitados, puede que seamos capaces de sintetizar soluciones que abarquen a más pacientes y lo hagamos con menos incrementos de plantillas y utilizando recursos más sencillos.

Aunque siete de cada ocho fumadores se libran del cáncer de pulmón, es muy improbable que se mantengan, por otra parte, sanos. Por término medio, los fumadores de toda la vida mueren alrededor de diez años antes que quienes nunca han fumado, a

* La realidad que señala el autor es muy importante y suele pasar inadvertida. Si, de 100 personas que no tienen un determinado factor de riesgo para padecer una enfermedad, la padece 1, está claro que el riesgo absoluto es 0,01. Si, de 100 personas portadoras de dicho factor de riesgo, la padecen 2, el riesgo absoluto es 0,02, o sea que el aumento del riesgo absoluto es de $0,02 - 0,01 = 0,01$. Sin embargo, si se expresa la diferencia como porcentaje de aumento (riesgo relativo), $0,02 - 0,01 = 0,01$ y $0,01 / 0,01 = 1$, es decir un aumento del riesgo del 100%. Esta forma engañosa de expresar riesgos o probabilidades de curación, la emplea frecuentemente la industria farmacéutica para expresar las eventuales ventajas de un medicamento sobre sus competidores. Si un fármaco tradicional A cura a 10 de cada 100 enfermos que lo reciben, está claro que la tasa de curación es de 10%. Si el nuevo fármaco B cura a 12 de cada 100, su tasa de curación es del 12% y la diferencia absoluta entre ambos es $12\% - 10\% = 2\%$. Sin embargo expresamos la diferencia de tasas de curación de forma relativa, $12\% - 10\% = 2\%$ y $2\% / 10\% = 20\%$. (N del T)

causa de una amplia variedad de enfermedades terminales. En cualquier momento, dejar de fumar se asocia con un periodo de vida más largo a partir de ese momento que no dejarlo. En un sentido amplio, del mismo modo, esto es aplicable a otros comportamientos no saludables. La ingesta mantenida de más calorías que las que se eliminan por el ejercicio físico causa obesidad, que se asocia causalmente a una edad promedio de fallecimiento más temprana, al menos hasta la madurez tardía²⁹. Junto con el tabaco, la obesidad se ha convertido en el más visible indicador externo de clase social³⁰.

La obesidad central³¹, la hipertensión, la diabetes tipo 2, la hipercolesterolemia y la enfermedad precoz de las coronarias o de otras arterias principales, pueden reunirse en el concepto único de resistencia a la insulina (síndrome metabólico)³². Hasta que ya han producido el daño de órganos principales, que sus respectivos tratamientos se supone que previenen, estas llamadas “enfermedades” se definen mediante determinados límites concretos de determinados parámetros en una distribución continua en cualquier población muy numerosa. ¿Qué criterios determinan dónde están esos límites?. En teoría, allí donde tenemos una correcta demostración, basada en ensayos clínicos realizados en poblaciones adecuadas, de que las mejoras de salud que se espera que se produzcan mediante la intervención médica, exceden substancialmente a las pérdidas. Con frecuencia no existe ninguna demostración de esto en la práctica, principalmente porque pocos ensayos amplios incluyen a enfermos similares a los que se ven más a menudo en atención primaria; los sujetos enrolados en los ensayos tienden a ser mucho más jóvenes y con problemas de salud mucho menos complejos. Las cifras límites para estos parámetros entre la salud y la enfermedad se establecen mediante consensos de expertos, dominados por los especialistas y por las presiones poderosas, aunque por lo general indirectas, de las empresas farmacéuticas para que se incluyan cada vez más sujetos sin síntomas, identificados por algún tipo de cribado.

LA NECESIDAD DE GENERALISTAS

En 1966 hubo una crisis en la contratación en la medicina general británica. Los licenciados consideraban la medicina general, en particular en las zonas industriales como “un trabajo de rutina hecho por individuos rutinarios”³³. Se especializaban si podían encontrar una plaza, si no, emigraban, principalmente a Canadá, Australia y Nueva Zelanda. En Estados Unidos, los médicos generales estaban desapareciendo incluso más deprisa, porque los ingresos de los especialistas eran (y siguen siendo) mucho más altos. Los administradores del NHS mirando al otro lado del Atlántico se dieron cuenta de que el colapso de la Medicina General en Estados Unidos estaba creando un sistema profesional que ni siquiera los Estados Unidos podían permitirse pagar – un sistema donde todos los médicos iban a ser, o pretendían ser, pronto especialistas³⁴. Todo, excepto las enfermedades menos graves, lo tratarían especialistas en hospitales, y no quedaría nadie para ocuparse del 90% de los problemas que no requirieran ese nivel de atención.

El resultado fue un vuelco total para la medicina general británica, el concierto con los médicos generales³⁵. Los aspectos más importantes del mismo fueron: aumento rápido de los ingresos de los médicos generales, que se acercaron a los de los niveles más bajos de la escala de los especialistas, la financiación estatal de los edificios para la medicina general y la financiación de la mayoría de sus plantillas de enfermería, así como de la formación de postgrado, cuya organización se puso efectivamente en manos del recientemente fundado Royal College of General Practitioners (Real Colegio de Médi-

cos Generales), al que se dieron garantías de financiación para que desarrollara la formación. Esto dio lugar, a su vez, a la eventual creación de departamentos de atención primaria en todas la facultades de Medicina británicas y a una relación mucho menos jerárquica entre generalistas y especialistas³⁶. El concierto de 1966 consiguió atajar lo que había sido una catastrófica emigración de licenciados británicos hacia Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda y elevó la situación social de la medicina general, hasta crear por primera vez un colectivo de médicos generales para quienes esta carrera fue una elección positiva, en lugar de ser la última salida tras no conseguir especializarse. La atención primaria, como especialidad médica que hace hincapié en el desarrollo continuado de las habilidades de los generalistas, se originó en Gran Bretaña. Su avance no tardó en ser más rápido en Holanda y Escandinavia, lugares en los que la financiación gubernamental fue en su momento más generosa y el interés político más estable, pero el NHS británico seguía estando donde empezó.

A lo largo de las siguientes dos décadas se desarrolló rápidamente, a partir de este nuevo origen, la medicina general británica. En realidad, lo hizo más despacio en las áreas industriales (y en años posteriores en las post-industriales) que en las áreas prósperas, porque, en esas áreas industriales y post-industriales. las cargas de trabajo eran muy grandes y hacían este progreso más difícil, debido a que el empleo y el desempleo industriales daban lugar a grandes cargas de trabajo burocrático que casi no se conocían en los suburbios prósperos y en las ciudades comerciales. También porque el carácter de empleadores independientes de personal que tenían los médicos generales dejaba en sus manos las inversiones, y se les ofrecían incentivos poderosos para que invirtieran para tener más plantillas y mejores edificios en los lugares en los que estaban incrementándose los valores de las propiedades, pero incentivos menos poderosos o incluso perversos para que se invirtiera lo menos posible en las áreas más pobres, en las que el valor de las propiedades estaba entrando en declive³⁷.

Para la mayoría, este proceso tomó una dirección completamente nueva, alejada de las habilidades técnicas y el conocimiento biológico que se desarrollaba en los hospitales, y enfocada las habilidades interpersonales y sociales que se requerían para separar con precisión los problemas susceptibles de ser atendidos a nivel comunitario, o que eran adecuados para derivarlos a los especialistas hospitalarios. Incluso hoy en día, estas habilidades son acreedoras de mucho menos respeto que las técnicas, pero sin ellas no pueden aplicarse de manera eficiente estas últimas.

PRODUCTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

En los años ochenta, el gobierno volvió a prestar atención a la actuación de los generalistas a nivel comunitario, contemplándola como una alternativa más asumible que la atención especializada en los hospitales³⁸. Nuestra experiencia en Glyncorrwg, que ya se ha mencionado anteriormente, proporcionó aparentemente parte del borrador de modelo de lo que en su momento se convirtió el contrato de los médicos generales en 2004³⁹. Una charla en 1989 del Secretario de Estado de Sanidad Conservador, Kenneth Clarke, marcó un plan completamente nuevo para la atención primaria que, desde entonces, han seguido todos los gobiernos⁴⁰.

Ningún ministro de sanidad antes de Clarke, incluido Nye Bevan*, se había tomado

nunca en serio lo rentable que era la atención primaria. Los gobiernos se han preocupado casi exclusivamente de satisfacer a los usuarios, en lugar de mejorar, de forma susceptible de poder verificarse, su salud, la salud de sus comunidades o incluso la eficiencia de los médicos generales como “porteros cribadores”⁴¹ de los especialistas hospitalarios. La tarea de los médicos generales ha sido hacerse responsables de todo aquello que estaba más allá del conocimiento de la ciencia hospitalaria o podía considerarse demasiado trivial para merecer la atención de un especialista. Con esta perspectiva, los especialistas hospitalarios proporcionaban el motor al NHS y la atención primaria, el embrague. Los médicos generales ponían en contacto a los especialistas hospitalarios con las necesidades del pueblo, a la vez que los defendían del impacto total de los deseos de la gente, sin diferenciar ni jerarquizar, en una organización en la que el motor especialista estaba siempre sobrecargado de trabajo y mal financiado⁴¹.

A diferencia de los hospitales de Estados Unidos y la mayoría de los demás países europeos occidentales, los hospitales del NHS podían concentrarse en el trabajo que les correspondía, porque el acceso a los especialistas sólo se conseguía mediante la derivación por parte de los médicos generales. Los servicios de urgencias proporcionaban un camino alternativo directo, pero hasta hace poco esto se consideraba como una debilidad de la atención primaria que había que remediar, no como una característica inevitable de la atención hospitalaria que requería más plantilla de especialistas y más recursos hospitalarios⁴². Además de los grupos socialmente marginados, tales como los sin techo y los presos, casi todo el mundo en el Reino Unido tenía acceso gratuito a un médico general que actuaba como un médico personal⁴³, al mismo tiempo que actuaba como un “portero cribador”. Se suponía que los médicos generales cribadores actuaban tanto a favor de los intereses del gobierno, preocupado por contener los costes de la atención hospitalaria como de los intereses de los enfermos preocupados por evitar riesgos iatrogénicos desproporcionados a los probables beneficios que pudiesen obtener⁴⁴.

Esta función de criba, más que cualquier otro factor aislado, hacía que el NHS fuera más eficiente que cualquier otro sistema asistencial occidental, pues en la mayoría de los sistemas del norte y el oeste de Europa los enfermos tenían acceso directo a los especialistas⁴⁵ o, al menos a los “especialoides”⁴⁶. Sin embargo, los gobiernos concentraban su atención en lo que querían ver, que era que la atención primaria era mucho más barata que la hospitalaria. También veían que estaba, a menudo, descuidada, mal organizada, con poca plantilla y mal equipada, como una industria de barracón primitiva. Como los médicos generales eran empleadores independientes, todo lo anterior podía achacarse a su avaricia, no a la cicatería del gobierno. Cuando se reconocieron sus funciones útiles, el remedio a todo esto parecía obvio: la atención primaria necesitaba más inversión para poner su actividad a unos niveles comparables con los de los hospitales. Los médicos generales que actuaban sólo como señales de tráfico y seleccionadores para derivar alrededor del 5 al 10% de los que les consultaban a los especialistas hospitalarios eran más baratos para el restante 90% o más de las consultas que resolvían por sí mismos. Sin embargo, la selección precisa para derivar depende de habilidades del generalista de gran calidad y complejidad y de que disponga de suficiente tiempo de consulta para ponerlas en práctica. Todos estos requerimientos elevaron los costes reales de la atención primaria. La aceptación por parte de los enfermos de esta labor de criba dependía de que confiaran en que la atención primaria era apropiada y efec-

* El autor emplea la palabra inglesa “gatekeeper” (el que mantiene la puerta), en el sentido de ser quien puede decidir quién entra a la atención hospitalizada y quién no. Se trata de una verdadera función de criba (N del T).

tiva para las tareas que se asignaba y que la puerta se abría o se cerraba en interés suyo, no sólo para ahorrar dinero al gobierno en un servicio siempre mal financiado. Las inversiones en atención primaria hubieran tenido que aumentar, si sus funciones clínicas tenían que llegar a ser suficientemente efectivas como para justificar y mantener la confianza de los enfermos⁴⁷.

Parece que a esta conclusión inoportuna es a lo más lejos que ha sido capaz de llegar el gobierno central británico, dentro de los límites de la opinión convencional acerca de la atención primaria. La calidad de la formación de pregrado y de la de postgrado que se lleva a cabo trabajando y la enseñanza para los médicos generales ha sido, por lo general, excelente en las últimas dos décadas y se pretende que mejore incluso más en los próximos años, con un programa muy impresionante de formación de postgrado obligatoria, que será, por último, de más de cinco años. Incluso está ahora mucho mejor organizada que la formación y educación equivalente para médicos especialistas. En 1948, la manera obvia de aumentar las inversiones en atención primaria y desarrollar la misma en nuevas direcciones hubiera sido organizarla de la misma manera que los hospitales: nacionalizar todos los recursos que ya existían y convertir a los médicos generales en profesionales asalariados, empleados con las mismas condiciones que las que se habían pactado con los especialistas en los hospitales nacionalizados. Esto nunca ocurrió, principalmente a causa de la furiosa oposición de la British Medical Association, pero si nuestro actual gobierno del Nuevo Laborismo no fuera incluso más hostil a la titularidad pública y los servicios planificados que el Partido Conservador, sería una opción evidente y, en determinado momento en el futuro, tendrá que volver a entrar en los planes.

Mientras tanto, el gobierno tiene que contener en cierto modo los gastos elevando la eficiencia de la atención especializada. Los médicos y las enfermeras que acaban sus estudios hoy en día tienen muchas más habilidades que quienes los precedieron, cuando los médicos generales se consideraban un simple embrague para el motor de los especialistas hospitalarios. Una gran parte de la atención ambulatoria del hospital la hacen médicos jóvenes en formación, de tal modo que, con edificios adecuados y equipos de enfermería y administrativos, serían capaces de hacer lo mismo en atención primaria.

ADELGAZAR EL DEPARTAMENTO DE ENFERMOS AMBULATORIOS DE LOS HOSPITALES

En 1979, John Fry comparó los servicios sanitarios de Gran Bretaña, Estados Unidos y la Unión Soviética, sugiriendo que el NHS británico ocupaba una posición intermedia entre la atención casi completamente no socializada, mercantilizada de los Estados Unidos, sostenido por una multitud de agencias estatales y entidades benéficas ad hoc, por una parte, y el rígido sistema de atención “especialoide” y especializada de las policlínicas de la URSS⁴⁸. En concreto, señalaba cómo las policlínicas soviéticas habían eliminado aparentemente la necesidad de consultas hospitalarias, cuya continua expansión en el NHS británico parecía tan imposible de asumir como de parar. Una gran parte del trabajo médico de las consultas hospitalarias del NHS la hacían jóvenes médicos en formación, de los que alrededor de la mitad acabarían trabajando como médicos generales, pero la evidencia mostraba que, cuando trabajaban como médicos generales, no parecían ya ser capaces de practicar lo que supieron hacer en su momento⁴⁹. Si se pudiera encontrar alguna forma de desarrollar la atención primaria de tal modo que los médicos generales pudieran seguir llevando a cabo las funciones clínicas rela-

tivamente sencillas que han aprendido cuando se estaban formando en los hospitales, serían posibles enormes mejoras en eficiencia y reducciones de coste y los médicos generales accederían a una experiencia clínica más concentrada de tipo familiar, todo el mundo podría encontrar más satisfacción en su trabajo y todo el mundo saldría ganando.

En 1979 no había peligro de que nadie en cualquier lugar de Europa se aprestase a substituir a los médicos generales por policlínicas, pero esto es lo que ahora propone Lord Darzi, un cirujano rectal y oncólogo, al que encargó nuestro gobierno del Nuevo Laborismo que reorganizase la atención primaria en Inglaterra⁵⁰. En este momento, se propone a empresas de cualquier tipo, bien sean comerciales o consorcios de profesionales, que liciten para obtener contratos para planificar, administrar y contratar plantillas para estas policlínicas. Aparentemente, se pretende que presten un servicio de veinticuatro horas al día, pero, al menos alguna parte de ese tiempo, ha de basarse en una plantilla mixta con experiencias médicas diversas, sin médicos generales en absoluto. De golpe, se va a invitar a los consumidores a que se salten la atención primaria y elijan por sí mismos el especialista que les plazca.

Parece dudoso, por el momento, que alguna vez este escenario se ponga en marcha de manera amplia. Los costes de las inversiones van a ser elevados y dependen de las inversiones del sector privado que parecen cada vez menos probables, a la vista de que la economía global se desliza hacia más bancarrotas nacionales de lo que cualquier político se atreve ahora a pensar. Sin embargo, incluso si esos planes se materializan, parecen basarse en una estrategia completamente contraria a todo lo que la investigación ha demostrado y a lo que indica la experiencia de la atención primaria. Repiten el error estratégico del modelo sueco de postguerra, al ignorar la necesidad de generalistas en la tierra de nadie del NHS, la frontera entre la salud y la enfermedad. En el pensamiento convencional, los generalistas de atención primaria parecen enfrentarse a dificultades crecientes, no exactamente por las presiones para privatizar los servicios públicos⁵¹, sino porque, incluso quienes en otros terrenos están bien informados, conocen mal el futuro valor y ámbito de las habilidades del generalista.

Que las policlínicas no deban ponerse en marcha en los servicios existentes de atención primaria no significa que sea equivocado plantearse una salida general de la atención ambulatoria de los hospitales y ésta se devuelva a la comunidad. Hace tiempo que es evidente que mucho de lo que los estudiantes y los residentes aprenden en los hospitales se pierde y se malgasta después de que salen de ellos para trabajar como generalistas de atención primaria. Los poderosos departamentos de atención primaria que existen ahora en todas las facultades de medicina y escuelas de enfermería del Reino Unido están preparando unas plantillas de personal que deberían ser capaces de adaptar las técnicas de seguimiento de enfermos de las consultas hospitalarias al trabajo en los centros comunitarios, lo que conllevaría muchas ventajas sobre los hospitales, siempre que no se imaginen que no tienen nada que aprender de los profesionales experimentados que ya trabajan en atención primaria y de la cantidad de investigación que ya han realizado. Para quienes están lo suficientemente sanos como para llevar vidas normales, los hospitales nunca han sido el lugar adecuado para que se continúe la asistencia. Al ocuparse de familias en comunidades pequeñas, relativamente estables, el conocimiento que los profesionales pueden obtener y las amistades que pueden establecer por diversos mecanismos pueden acumularse, lo que facilita el conseguir que los enfermos se conviertan en coproductores de su salud y de la de los demás, con una mínima tasa de abandonos, errores, despilfarro y burocracia. Hay Médicos generales concienciados en áreas urbanas con rotaciones de enfermos muy por encima del 30% que están consiguiendo seguir a los pacientes con problemas de salud crónicos habi-

tuales al menos con tanto éxito como lo hacían en el pasado las consultas hospitalarias externas y, probablemente, mejor. A pesar de los constantes estímulos, por parte del gobierno y de los medios de comunicación, mediante grupos de asociados y de la competencia fraccionadora, sobre la elección por los ciudadanos como consumidores, la mayoría de la gente sigue obstinadamente vinculada a sus médicos y enfermeras locales, igual que lo están a sus hospitales locales.

Trasladar algo del trabajo más sencillo de los especialistas a la atención primaria es un paso perceptible al que todos darían la bienvenida siempre y cuando se financiara adecuadamente (premisa esencial que no está en absoluto garantizada, como veremos más adelante), de modo que el trabajo se pueda hacer al menos con el mismo nivel de calidad con el que se hacía en las consultas externas hospitalarias y probablemente mejor, pues el número de enfermos que dejarán de acudir sería mucho menor. Esto, en sí, no coadyuva, sin embargo, para mejorar las habilidades y actitudes de los generalistas.

¿ES REALMENTE NECESARIO SU MÉDICO GENERAL?

¿Necesitamos en realidad generalistas? En 1970, John Ellis, decano del London Hospital y un influyente experto en educación, desestimaba en sus escritos a los médicos generales, tal como se los veía entonces. Aunque olvidó la existencia de mujeres médicos generales (que ahora son la mayoría), previó incluso otras posibilidades:

“Pienso que tenemos que enfrentarnos al hecho de que, en Gran Bretaña, un médico general, tal como el que hoy conocemos y hemos conocido, es un lujo, y para financiarlo en el futuro no somos lo bastante ricos, ni lo seremos por mucho tiempo, y su papel de elevador del ánimo irá a manos del trabajador social médico. Su papel en el diagnóstico inicial y en el tratamiento empírico, caerá en manos, como ya lo está empezando a hacer, de las enfermeras. No creo que podamos inventar un “feldsher”*. Creo que la enfermería va a hacerse cargo de desempeñar ese papel. El papel del médico general como médico de urgencias ya lo desempeñan los servicios de urgencias hospitalarios. Permanecerá su papel de generalistas pero, para llevarlo a cabo, serán menos en número y quizá necesitarán más tiempo para realizarlo que cualquier otro miembro de la profesión médica...”⁵².

Esta visión de los médicos de atención primaria como responsables sólo de cualesquiera responsabilidades queden después de que los especialistas se hayan llevado lo que puedan está aún anclada en la mente de muchos, si no de la mayoría, de los médicos generales. Para éstos, la solución es buscar para sí papeles de especialista dentro de la atención primaria delegando todo lo que sea posible de la primera visita y de la atención continuada en la enfermería o, más recientemente, en los auxiliares sanitarios.

Geoffrey Marsh, el pionero del trabajo en equipo en atención primaria, creía que los médicos generales del futuro deberían delegar la mayoría, si no todas la primeras consultas con los enfermos a la enfermería, lo que liberaría a los médicos para que se ocupasen de problemas clínicos más complejos, más apropiados a sus costosas habilidades⁵³. Éste era y sigue siendo un argumento aceptable y de lo más atractivo en el caso de que los trabajadores sanitarios de todo tipo obtengan mayores ingresos y una posición más im-

* Se refiere a unos “ayudantes de médicos” que existían en la URSS y existen principalmente en los medios rurales rusos, comparables a nuestros antiguos “practicantes”. (N del T).

portante por llevar a cabo funciones más especializadas y el tratamiento técnico de enfermedades bien definidas, lo que depende menos de las relaciones humanas. Atrae en particular a los gerentes, acostumbrados a las divisiones industriales del trabajo, en las que los incrementos de eficiencia parecen depender a menudo de que las tareas se hagan de manera más uniforme, con un mínimo de razonamiento humano⁵⁴. En el contexto de este modelo, la atención primaria no es la base del NHS en su conjunto, sino su frontera más externa, el límite entre salud y enfermedad. Las decisiones en este punto pueden parecer menos importantes, necesitar menos formación, menos reflexión y menos precisión.

Por supuesto, nunca nadie plantea este asunto en unos términos tan directos. De forma retórica, se halaga con frecuencia a los médicos generales y ellos se alaban a sí mismos, considerándose la crema de la profesión. Se piensa que proporcionan una cálida familiaridad con los detalles sin importancia clínica de cada día que, a menudo, falta en la asistencia especializada de los hospitales. Este sentimentalismo nostálgico se evapora rápidamente cuando se trata de establecer las prioridades en lo que se refiere a inversiones en plantillas y en progreso y se reintegra a la atención primaria al sitio que le corresponde, el final de la cola.

Alrededor de una cuarta parte del total de médicos del NHS trabaja en atención primaria como médicos generales. En 2007, daban empleo como enfermeras de atención primaria a alrededor de una vigésima parte del total de enfermeras, en una proporción de alrededor de una enfermera por cada dos médicos generales. Aproximadamente, trabajan cuatro veces más enfermeras, contando enfermeras domiciliarias, matronas, visitadoras sanitarias y diversas clases de enfermeras de salud pública especializadas, en las comunidades fuera del hospital, especialmente en los domicilios de los enfermos, empleadas inicialmente por las administraciones locales y, desde 1974 por los responsables del NHS⁵⁵. Al igual que los médicos generales, las enfermeras comunitarias han constituido siempre una fuerza trabajadora muy estable, con conocimientos que van en aumento y amistades y eficiencia por su prolongada experiencia local. Los centros asistenciales urbanos están a menudo muy dispersos, ya que hay muchas familias que viven en la misma calle que están inscritas en las listas de centros distintos, de modo que habría sido más lógico asignar a los médicos generales a cada una de las enfermeras comunitarias, que hacer lo contrario. Puede que ahora sea demasiado tarde para cambiar. Sin embargo, los centros urbanos tienden en la actualidad a concentrarse más y cada vez hay más que aplican a la asignación de enfermos criterios racionales de zonificación.

Tal como hemos visto, en todo el Reino Unido los planes de los gobiernos, tanto el central como los regionales, tienden a desviar la mayor parte posible de trabajo desde los departamentos de consultas de los hospitales hacia la atención primaria, lo que implica que la fuerza laboral de enfermería comunitaria debe expandirse más deprisa que la de los hospitales de agudos. Es lo que parece que ha ocurrido al menos en Inglaterra (no tengo cifras de otras regiones del Reino Unido). Entre 1996 y 2006, los 'Equivalentes a Tiempo Completo ó WTE'* de las enfermeras de los centros de salud aumentaron un 48%, los de las comunitarias un 38% y los de las de hospital sólo un 29%⁵⁶. A lo largo del mismo periodo, el número de WTE de los médicos generales subió sólo un 2%. Los nuevos contratos para los médicos generales incluyen poderosos incentivos económicos para que demuestren que están identificando enfermos que requieren atención continuada por padecer deterioros crónicos de salud o tener riesgo de padecerlos y tam-



bién que los están tratando, vigilando el progreso de los mismos y consiguiendo los niveles previstos de control. La única forma de que tal demostración se consiga es delegar una proporción creciente de este trabajo en trabajadores no médicos, en principio enfermeras del centro de salud y ahora cada vez más auxiliares sanitarios con alguna preparación específica, pero sin título de enfermera⁵⁷.

Desde que me jubilé en 1992 no he tenido ninguna responsabilidad en la atención de pacientes, con una excepción: todavía comparto la responsabilidad de mi propia atención⁵⁸. ¿Con quién la comparto? No está del todo claro. Como la mayoría de los viejos de 82 años, estoy etiquetado de un sinfín de enfermedades crónicas que, conforme al consenso de la opinión médica, requieren tratamientos continuados, vigilancia de sus efectos y, de vez en cuando, nuevas decisiones clínicas. Entre estas etiquetas están artrosis grave de la columna y la pelvis, reflujo gastroesofágico grave, pequeñas bronquiectasias segmentarias, hipertensión, enfermedad coronaria sintomática, hipercolesterolemia, diabetes leve y cáncer de próstata de grado 7 sobre 10 de la escala de malignidad. Cada uno de estos procesos requiere su medicación específica, su control periódico y sus revisiones. Para cada una de estas enfermedades existen unas guías consensuadas de tratamiento y de seguimiento, diseñadas por los correspondientes comités de expertos, en algunos de los cuales están incluidos en la actualidad unos pocos generalistas con experiencia. De hecho o en potencia, todos esos trastornos se relacionan unos con otros y todos sus diversos tratamientos tienen interacciones reales o potenciales y mis preferencias por cada uno de ellos pueden variar a lo largo del tiempo, según los cambios, tanto de mi propia salud, como los de la salud de mi compañera. Casi todos estos tratamientos y observaciones los supervisan hoy en día las enfermeras del centro de salud y últimamente auxiliares sanitarias. Estoy en la lista de un equipo de cinco excelentes médicos generales, concienzudos y amigables que siempre me dedican todo el tiempo necesario cuando les pido que me vean. Atienden a una comunidad rural, generalmente sana, en un edificio moderno, con historias tanto informatizadas como impresas en A4. Sin embargo no estoy a gusto. Quizá sé demasiado, pero si todos sus enfermos supieran lo que yo, tendrían que preocuparse.

Cuando estaba en activo, mis pacientes a veces me hacían preguntas inteligentes e importantes que, a menudo, no era capaz de responder de forma convincente incluso a mí mismo. “Dígame, doctor, ¿Está usted seguro de que todas esas pastillas no se van a pelear entre sí dentro de mi cuerpo?”. Además de llevar implantado un sistema que suministra constantemente un fármaco potente, en los últimos años, he tenido que tomar cinco medicamentos diferentes por la mañana y otros dos por la noche. Si mis dolores de espalda y articulares se hacen insoportables, tengo que tomar otra medicina cada cuatro horas. Si me acatarro, tengo que añadir un antibiótico, porque en dos ocasiones mis bronquiectasias me han causado una neumonía.

Ello ha supuesto que tenga que recibir nunca menos de siete y ocasionalmente nueve medicamentos diferentes para tratar las ocho enfermedades con que me etiquetan, desde hace por lo menos ocho años. Muchos de sus efectos interfieren entre sí: la supresión de testosterona para el cáncer de próstata tiende a subirme la tensión arterial, la glucemia y otros factores de riesgo de enfermedad coronaria e ictus y, como favorecen a la osteoporosis, pueden aumentar el riesgo de fracturas óseas. ¿Hay algún estudio aleatorio controlado respecto a esta combinación de problemas y soluciones del que puedan derivarse las guías de los expertos?. No lo creo.

Las guías para el tratamiento continuado de enfermedades aisladas en pacientes de los que se piensa que no tienen otros problemas de salud son probablemente válidas para la pequeña minoría de enfermos que están en esta situación tan sencilla, pero pasada la edad madura, la mayoría no está en esa situación. Reunir todas las guías aplicables

a los enfermos con problemas múltiples, con la idea de que cada diagnóstico y cada tratamiento son independientes de los demás, no puede ser correcto, pero eso es lo que estamos haciendo. Los riesgos que añadimos con este enfoque tan grosero puede que sean pequeños, pero de igual manera lo son los beneficios que se atribuyen a cada tratamiento, si nos fijamos en la letra pequeña de lo que está verdaderamente demostrado, en lugar de hacerlo en la propaganda que se difunde en voz alta. ¿Hasta qué punto podemos estar realmente seguros de que los beneficios realmente superan a los perjuicios? El beneficio de la duda raramente está tan claro como lo parece de entrada. Depende de la relación mutua entre la información profesional y el criterio y entre las circunstancias y las preferencias de los enfermos, que se han de resumir en una conclusión alcanzada de común acuerdo.

Está claro que este papel tan sumamente complicado no pueden hacerlo las enfermeras o las auxiliares sanitarias del centro de salud que actúan como dientes de rueda en un mecanismo de guías. Cuando la mayoría de los contactos rutinarios con los enfermos los lleva a cabo personal con una formación muy reducida, limitada a pensar y trabajar en el campo de las guías, elaboradas en las lisas autopistas de los ensayos que se realizan en las clínicas hospitalarias, en lugar de hacerlo en las estrechas carreteras de la atención comunitaria, el producto puede ser más cantidad de procesos, pero menos resultados. Estas decisiones tan complicadas necesitan mucha más reflexión profesional de la que nunca habían necesitado, mucha demostración y más participación de los enfermos en su adopción. Esto concierne especialmente a las preferencias, sobre todo respecto a los más jóvenes y los más viejos. Las personas que se acercan al final de sus vidas saben muy bien que tienen que morir y tienen derecho a elegir sus preferencias más de lo que la mayoría pueden hacerlo en la actualidad. Precisamente porque tienen menos formación, las enfermeras y las auxiliares sanitarias de los centros de salud a menudo parece que son más amigables y accesibles que los médicos, pero se las anima más a que hagan cosas que a que piensen en ellas, no pueden ni siquiera empezar a aprender cómo ayudar a los enfermos a que se conviertan en enfermos críticos que participan en las decisiones que se tomen sobre su atención.

La atención primaria necesita actuar en el contexto de un nuevo modelo, casi totalmente diferente del de la producción de bienes de consumo y la provisión de servicios uniformes del que se derivan últimamente los conceptos de la economía médica. Por supuesto, la atención primaria necesita planificarse y gestionarse con una asignación racional de los recursos, vinculada a los recursos de que se dispone y a las prioridades que se acuerden, pero su eficiencia depende principalmente del uso imaginativo de todas las interacciones humanas, por parte de unos cada vez más abundantes colectivos de trabajadores cada vez más profesionalizados y formados, no en la repetición de acciones rutinarias por parte de un colectivo de trabajadores cada vez menor en el contexto de una industria cada vez más dependiente del capital.

LOS GENERALISTAS SINTETIZADORES: UN MODELO DIALÉCTICO

Una buena prueba de la madurez intelectual es la capacidad de la gente de conservar en su mente dos ideas opuestas contradictorias y después integrarlas en una nueva síntesis: el proceso dialéctico. No invento esto como consecuencia de un compromiso ideológico previo, sino porque funciona en el mundo real. Siempre que nos adentramos en los fundamentos de cualquier asunto, lo que encontramos es contradicción⁵⁹. El ejemplo más evidente es la física cuántica, en la hay que aceptar que las partículas elementales están al mismo tiempo en dos estados contradictorios. ¿Por qué tenemos que

aceptarlo? Porque asumiendo esto, se fabricó una bomba nuclear que mató a unas 200.000 personas, lo que resultó ser un experimento concluyente. Sin esa hipótesis aparentemente contradictoria, no se habría fabricado la bomba. Como consecuencia de que estas hipótesis son inaceptables en el contexto de la filosofía del positivismo lógico, la obediencia al cual es obligatoria para todo aquel que quiera que su trabajo se publique o se escuche en la fraternidad internacional de la ciencia, la física ha estado en una crisis intelectual más o menos constante durante más de un siglo⁶⁰. Para la física moderna comprensible para la gente sin grandes conocimientos matemáticos, hay que invocar conceptos tan absolutamente absurdos como los universos múltiples o la historia que va marcha atrás, en otras palabras, para hacer comprensible la física moderna hay que hacerla incomprensible, un ejemplo más de contradicción. Cuando el positivismo lógico y la economía a la que dio lugar resultó cada vez menos importante para el mundo real en que vivimos, se encuentra este tipo de paradojas en donde quiera que miremos. En el ejercicio de la medicina, la aparente contradicción entre los especialistas que analizan y los generalistas que sintetizan es un caso de este tipo, insoluble en los límites del positivismo lógico o del “sentido común” newtoniano⁶¹.

Los enormes avances que han hecho los especialistas tanto en la medicina curativa como en la de salud pública no pueden aplicarse de forma eficaz y eficiente sin un desarrollo similar de los generalistas en la atención primaria, que han de tener dos tareas principales: poner juntos los sorprendentes productos del análisis en una síntesis clínica adecuada a los requerimientos, habitualmente singulares, de la gente de carne y hueso que vive vidas independientes y aplicar las medidas generales contempladas por la Salud Pública, a partir de las conclusiones obtenidas en poblaciones grandes anónimas, a pequeñas poblaciones locales con sus nombres, sus historias personales y sus historias comunitarias.

Estos generalistas van a tener que cargar con enormes responsabilidades. No podemos pretender que a una enferma entre sesenta y setenta años de edad, con diabetes, hipertensión, adicción a la nicotina, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un marido que se deprime periódicamente, un nieto con síndrome de Down y otro que se escapa de la escuela y tiene problemas con la policía, se la pueda ayudar simplemente juntando siete guías clínicas y siguiéndolas todas durante todo el tiempo que pueda tolerar una interferencia tan arrogante e ignorante. Los problemas de este tipo, que representan la mayor parte del trabajo en atención primaria (y van a representar la mayor parte del trabajo hospitalario si fracasa la atención primaria), tienen que depender de criterios clínicos y sociales⁶².

Incluso con listas de enfermos pequeñas y médicos personales, la atención de este tipo tendrá que ser en equipo, con más plantillas y una mayor variedad de capacidades. Todos los trabajadores sanitarios implicados en casos tan complicados necesitan aplicar criterios, porque los verdaderos pacientes no limitan su participación en la asistencia a las consultas con los médicos, sino que, por el contrario, encuentran a menudo más fácil empezar con los miembros de los equipos menos distantes de ellos en lo que se refiere a educación y cultura y que sean más fáciles de abordar. En cualquier caso, a nadie que trabaje en atención primaria se le debería hacer que trabajase, ni siquiera permitir que lo hiciera, sin pensar en lo que está haciendo y por qué lo está haciendo. Esto quiere decir que todo el equipo necesita reunirse de forma regular para discutir los problemas más destacados y ponerse de acuerdo en la responsabilidad de cada uno para

* “Quality and Outcomes Framework” que podría equivaler a “Marco de calidad y rendimiento”, una forma de registro de actividad y calidad de las unidades por parte de Ministerio de Sanidad. Ver referencia 64 al final. (N del T).

resolverlos, que cada miembro del equipo necesita participar en algún tipo de aprendizaje y de enseñanza. El aprendizaje y la enseñanza deben comenzar por la experiencia personal y local, porque esto es más eficiente y eficaz, lo que significa que deben participar en la recogida de datos, mostrar de dónde ha partido la unidad, cómo está en cada momento y adónde va, en relación con el denominador que es la población. Esto es la auditoría, la forma más elemental de investigación, que es una función esencial para cada unidad del NHS: ser capaz de describir a qué población sirve y el servicio que presta, en términos comparables a los de otras unidades que prestan servicio a otras poblaciones.

Todo equipo de atención primaria necesita enseñar y cada equipo de atención primaria necesita investigar, porque la enseñanza y la capacidad de descubrir algo mantienen a los equipos despiertos, inquisitivos, autocríticos y vivos, reducen a un mínimo los peligros a los que los equipos someten a los enfermos y elevan al máximo su producto en salud. No deben ser funciones optativas añadidas, porque son exactamente tan esenciales para la eficiencia como los esquemas que se indican en las guías de actuación. No hace falta que la enseñanza sea formal, ni forme parte de una estructura planificada a nivel central, tal como es el caso del esquema del organismo de control de médicos generales; puede consistir simplemente en organizar la actividad de tal manera que estimule la educación de los pacientes respecto a la naturaleza de sus problemas y la educación de los miembros de la plantilla de modo que cada uno comparta la continua expansión de la ciencia médica aplicada. La investigación no necesita tener como finalidad su publicación ni su generalización más allá del propio equipo. Investigación no significa más que intentar descubrir lo que todavía no se sabe. Nadie va a saber mucho sobre los problemas y las oportunidades de vuestra población local hasta que os organicéis de tal forma que los encontréis, y nadie va a saber lo que hace vuestra unidad hasta que vosotros mismos auditéis vuestro propio trabajo. Los datos que exige el gobierno para justificar los ingresos del centro de salud, de los que los del QOF* son un claro ejemplo, son investigación con una finalidad diferente y con diferentes fuentes de error. Este tipo de datos pueden acabar por ocultar más de lo que revelan.

Hasta que se generalice este tipo de actividad va a costar trabajo ir mucho más allá de este esquema de intenciones. Como ha señalado Barbara Starfield, incluso en la nueva era de la genética aplicada, la bioquímica celular, los transplantes de órganos y la nanotecnología, o este campo se convierte en un de las áreas más amplias, más importantes y con más influencia en la investigación, o la mayoría de los beneficios potenciales de esos otros avances no conseguirán llegar a las gentes que los necesitan⁶³.

UN NUEVO TIPO DE MÉDICO

No es realista insistir en que todos los médicos generales, hasta el momento la categoría más baja de la vida médica, iban a aceptar responsabilidades mucho mayores que las de los especialistas, hasta la fecha los máximos exponentes de la ciencia médica aplicada. Tenemos que empezar a partir de donde estamos, contando con las personas que tenemos. Estas personas están muy por delante de quienes saben todo lo que se refiere a la ciencia médica, pero no saben nada respecto a las circunstancias en las que sus colegas ya están tratando de aplicar esa ciencia⁶⁴

Retrotrayéndonos a 1995, momento en el que el mundo era más sencillo que hoy en día, ya se consideró que un médico general necesitaría digerir diecinueve artículos al día, durante cada uno de los trescientos sesenta y cinco días del año, con el único objeto de

mantenerse al día en todo el campo de la Medicina Interna, sin interesarse por la Cirugía, la Ginecología, la Puericultura, la Geriátrica, la Psiquiatría o la Salud Pública. Es evidente que, de hecho, ni siquiera los especialistas lo hacían. Los profesores de clínica más entusiastas afirmaban que dedicaban unas dos horas a la semana a leer revistas o libros profesionales⁶⁵. Si ya los especialistas encuentran que es imposible saber todo lo que deberían saber y los generalistas necesitan saber incluso más que ellos, hace tiempo que el progreso habría llegado a su fin.

La realidad es que estas estimaciones estaban equivocadas, pues no se había pensado lo suficiente en la mayoría de los supuestos en los que se basaban. Una parte relativamente pequeña de la literatura profesional está diseñada para tomar decisiones clínicas o relativas a la organización, lo que hay no se ha concentrado nunca en revistas ni en libros fácilmente accesibles a los médicos o las enfermeras que son los responsables directos de la asistencia, ni se ha escrito mucha literatura que conecte fácilmente con la experiencia de cada día. La gente hace aquello que estima que es útil. Muy poco de lo que se publica en las revistas médicas parece útil para los generalistas clínicos, por lo que muchos de ellos dejan incluso de mirar qué hay en ellas.

El grupo de los que entran por primera vez en atención primaria, que salen en la actualidad de las facultades de Medicina del Reino Unido, tienen, por lo general, unos niveles de formación muy altos, muchas expectativas y generalmente mejor experiencia sobre las decisiones clínicas en atención primaria que la que tienen de la asistencia hospitalaria, por que los médicos generales que están implicados en la enseñanza de pregrado han adaptado su trabajo asistencial de cada día para poder incorporar la experiencia de los estudiantes mejor que los gerentes de los grandes hospitales docentes. Estos estudiantes y los que acceden por primera vez a la atención primaria deberían ser los objetivos principales de las expectativas mucho más elevadas y la actuación mucho más imaginativa que tendremos que pedir a los generalistas de atención primaria en el futuro.

Esto puede parecer que es esperar demasiado, pero puede venir algo peor.

LAS CAUSAS GENERALES SON MÁS IMPORTANTES QUE LAS CONSECUENCIAS ESPECIALES.

Después del tabaco, la obesidad es el problema de salud que se considera más serio con el que tienen que enfrentarse las sociedades industriales y postindustriales. El Dr. Colin Guthrie, un médico general de Glasgow, que ha intentado enfrentarse al mismo más intensamente y de forma más imaginativa que la mayoría, llegó a la llamativa conclusión de que la prevención de la obesidad no era un problema médico. Tal como señaló, caminar cuatro kilómetros y medio más al día permitiría en definitiva perder cuatro kilos de peso y reducir el riesgo personal de padecer diabetes en un 58%. Pero el 60% del terreno que se ha empleado para alojamientos en Londres en los últimos diez años proviene de la venta de campos de deportes⁶⁶. Su conclusión es que la prevención de la obesidad y de la diabetes tipo 2 era un problema medioambiental, no un problema médico; los pacientes lo entendieron, los médicos, no⁶⁷. Quizá ningún grupo puede entenderlo de verdad, hasta que no se unan para demandar una sociedad ordenada de forma más racional. Los médicos, las enfermeras comunitarias y los asesores de atención primaria pueden tener todos ellos cierta utilidad marginal, pero el problema central es el cambio gigantesco en la sociedad desde las economías tanto industriales como domésticas basadas en el trabajo físico, en las que la gente se movía a pie y trabajaba con las es-



paldas, los brazos y las piernas, hasta una sociedad en la que el trabajo físico lo están reemplazando cada vez más las máquinas, y la gente sólo usa la punta de los dedos. Esta situación no tiene que ser necesariamente la etapa final de la sociedad humana. Todavía tenemos opciones, y los generalistas comunitarios ocupan una posición excepcionalmente buena para conseguir que estas ideas se introduzcan en los proyectos políticos locales y nacionales, en el momento en que ellos mismos acepten que esta responsabilidad es parte de su trabajo.

Los problemas sociales requieren soluciones sociales. La profesionalidad de los médicos (y de todas las otras profesiones sanitarias que han tratado de seguir el modelo de los mismos), junto con el consumismo de los enfermos se han orientado casi siempre hacia las opciones, acciones y soluciones personales y no hacia las colectivas, porque no parecía posible ninguna otra alternativa. ¿Fue inevitable que, al dejar de tener que trabajar los hombres y las mujeres como burros de carga, tuvieran que pasar sus vidas de pie junto a las máquinas, sentados frente a las pantallas de los ordenadores o en los asientos de los coches? Las máquinas que ahorran trabajo tendrían que haber proporcionado tiempo libre para vivir. La vida sana implica que se use todo el cuerpo y toda la mente de cada uno al máximo, pero nunca se ha tratado de que se cumpla este objetivo, ni por parte de los empresarios ni de los gobiernos. En la práctica, el provecho no se ha derivado de aumentar la posibilidad de vivir, sino de concentrar la vida en unas tareas cada vez más limitadas. Los planes de la postguerra de proporcionar acceso seguro al trabajo en bicicleta se abandonaron tan pronto como la mayoría de la gente tuvo autos, olvidando que en muchas áreas pobres por lo menos un tercio de las familias no los tuvieron nunca. Entre 1974 y 1994 el tráfico de bicicletas bajó de ser el 25% del tráfico humano al 1% y el desplazamiento a pie bajó al 20%⁶⁸. Las iniciativas locales para promover una circulación urbana de bicicletas segura, tales como los buenos comienzos que puso en práctica Ken Livingstone como alcalde de Londres, no se generalizaron nunca como políticas generales del Reino Unido. La práctica de deportes en las escuelas ha descendido, de hecho, desde 1979 y se estimuló a las escuelas, los gobiernos locales y el NHS a que vendieran sus espacios públicos abiertos y los campos de deportes a los promotores de obras⁶⁹. Se incrementó la práctica de deportes y gimnasia, pero casi por completo en clubes con ánimo de lucro y sin acceso público gratuito. Incluso las piscinas de propiedad pública cobran la entrada, excepto en Gales, donde ahora son gratuitas para todos los niños y los pensionistas⁷⁰.

El tiempo que se invierte en apoyar y poner en marcha iniciativas locales para hacer más fácil que la gente haga cosas de manera activa, en lugar de limitarse a verlas en la televisión, podría ser mucho más eficaz para promover la salud que nuestros intentos, en gran modo irrelevantes, de llevar a cabo un control individual de la obesidad. Incluso cuando la gente acepta que el peso corporal depende en resumidas cuentas del equilibrio entre la energía que se ingiere y la que se consume, suele empezar concentrándose principalmente en la energía que se ingiere, es decir en la naturaleza y el volumen de la comida ingerida, sencillamente porque la mayor parte de los médicos es de esto de lo que han hablado, porque es más fácil investigarlo⁷¹, y parecía más susceptible de controlarse de manera personal y que dependía menos de la forma de vida, que la mayor parte de la gente se cree incapaz de modificar. Si se buscan, se encuentran muchos ejemplos de enfermos que, de hecho, están muy por delante de lo que hacen los profesionales y que han desarrollado sus propios programas para hacer ejercicio activo. El problema es convertir estos numerosos avances personales en una demanda general de llevar unas vidas más activas físicamente, en casa y en el trabajo.

¿Por qué no pueden los médicos generales comunitarios ayudar a generar y dirigir la demanda local de cambio?. Los equipos de atención primaria tienen mucha autoridad



en las comunidades a las que prestan servicio. Tienen listas de nombres, direcciones, números de teléfono y direcciones de correo electrónico, saben quiénes de sus enfermos son activadores y agitadores de hecho o en potencia, pueden organizar fácilmente la elección de los comités representativos para que se pongan de acuerdo sobre proyectos con verdadero apoyo de las masas, de modo que sea posible la movilización rápida de la acción cívica. Hoy, con muy poca diferencia evidente entre cualquiera de los principales partidos políticos cuando logran el poder, las viejas lealtades políticas han perdido la mayor parte de su significado. Por tanto, sería más fácil movilizar alianzas sociales amplias para objetivos cívicos, incluso respetando las tradiciones de la neutralidad profesional⁷².

La gente consigue las instalaciones públicas por las que está dispuesta a luchar y sigue luchando para retenerlas. En este esfuerzo necesario y continuo de la comunidad, los equipos de atención primaria deben ser líderes, no espectadores. Los médicos y enfermeras que prestan servicio a las comunidades tienen una autoridad y un respeto público inmensos. Si los usan de forma imaginativa para promover medidas de salud colectivas, los políticos electos les escucharán, aunque sólo sea para ayudarse para la reelección⁷³.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Desde principios del siglo XIX, ha habido dos fuerzas que han impulsado la especialización médica: la ciencia, por medio del análisis de los procesos fisiológicos y patológicos, con la consiguiente división y subdivisión de los mismos en partes separadas aparentemente y la cultura del comercio que divide lo que son las historias humanas continuadas en fragmentos episódicos, con problemas susceptibles de separarse que pueden identificarse y clasificarse en grupos especializados y luego manejarse de manera eficaz como mercancías de un tipo excepcionalmente personal.

Siempre han existido los generalistas y aún existen, pero hasta los años sesenta del siglo pasado, y en muchos lugares hasta mucho más tarde, eran una categoría residual. El número de generalistas parecía una medida del atraso y el de especialistas una medida del progreso.

La razón por la que, entre 1948 y 1979, el NHS era mucho más eficiente que cualquier otro sistema sanitario universal era que había mantenido, sin darse cuenta, a los generalistas comunitarios en su papel de porteros para la atención especializada y de depositarios de confianza e intérpretes de las historias vitales de los enfermos y que podían mantener los fragmentos especializados de la asistencia juntos como un todo global. El avance continuo de la atención especializada eficaz depende del avance paralelo de esta función integradora y de síntesis de los generalistas. En el contexto de la cultura que actualmente domina en Inglaterra, la gestión del NHS, que se ha desarrollado a partir de la experiencia del mundo de los negocios y que sigue un modelo industrial, no se reconoce este hecho, lo que conduce a la desmoralización de los equipos y a la confusión de los enfermos. Si de nuevo se pudiesen separar la cultura comercial y la científica y se pudiese establecer de nuevo el servicio público como una fuerza independiente, las funciones integradora y de síntesis de los generalistas se desarrollaría de forma más poderosa que nunca anteriormente. Esto no sucederá a menos que los profesionales sanitarios acepten unas responsabilidades políticas y sociales mucho más amplias, como ciudadanos dirigentes en las comunidades a las que prestan servicio. ♦



REFERENCIAS Y NOTAS

- ¹ En las áreas más remotas de los países en desarrollo, por ejemplo la antigua Asia Central Soviética y muchas partes de África, los verdaderos médicos generales existieron, al menos hasta los años setenta del siglo pasado, haciéndose cargo de las urgencias quirúrgicas y obstétricas así como de todo tipo de atención médica de la época. Reunirse con esos médicos y escuchar sus historias es una experiencia que impresiona. En regiones completamente industrializadas ya no formamos médicos como éstos, pero, a menos que nuestras economías se hundan por completo, no los necesitamos. El término “médico general” ha resultado ser tan anticuado como la costumbre británica de describir lo que los estadounidenses llaman el despacho del médico como “surgery” “cirugía”. Sería mucho mejor llamarnos generalistas de la comunidad.
- ² Horder JP. Physicians and family doctors: a new relationship. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1977;27:391-7. Published simultaneously in *Journal of the Royal College of Physicians of London*.
- ³ Estos patricios eran una minoría muy pequeña de una profesión que sólo de forma precaria se aceptaba como aprendida o noble. En fecha tan tardía como 1859, a un cirujano mayor del ejército británico que había ganado la Cruz Victoria se le excluyó de un baile, organizado por la reina Victoria para los que ostentaban dicha cruz, con el argumento de que los oficiales médicos no eran caballeros. No se los aceptó por primera vez como invitados reales hasta 1891 (Cantlie N. *A History of the Army Medical Department*. Vol.1. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1974.). En los Estados Unidos, el rango social de los médicos era incluso inferior. Cuando Charles W. Elliot llegó a ser presidente de la Facultad de Medicina de Harvard en 1869 cualquiera que lo decidiera podía venir de la calle y entrar en la misma. Propuso cierto número de reformas, entre otras alargar el año escolar de cuatro a nueve meses y que cada candidato superase un examen escrito para su titulación. El decano de la facultad de Medicina pensó que esas “mejoras” iban a destruir la facultad. ‘Tengo que decírselo’, se dice que el decano ha dicho ‘que no sabía nada de la calidad de los estudiantes de Medicina de Harvard. Más de la mitad de ellos saben a duras penas escribir’. (Brown EL. *Physicians and medical care*. New York: Russell Sage Foundation 1937. pp.16-7). Doctors today rarely appreciate how recently they acquired the standing they now regard as natural.
- ⁴ Dos de estos ensalmadores de Gales del Norte, Hugh Owen Thomas (1834-91) y su sobrino Robert Jones (1858-1933) fundaron básicamente la cirugía ortopédica en el mundo de habla inglesa. Por su éxito clínico obligaron al Royal College of Surgeons a que los aceptara dentro de la profesión.
- ⁵ Parece que existieron en prácticamente en todas las comunidades de la minería del carbón, al menos hasta que se inició el NHS en 1948; se ocupaban principalmente de abscesos, lesiones de tejidos blandos y dolores de espalda. Se les pagaba, por lo general, su trabajo en especie, junto con el reconocimiento social de que gozaban derivado del eficaz servicio que prestaban sin darse bombo. Se los recordó bien, en particular en las ocasiones en las que su consejo parecía más sabio que el que ofrecían los médicos.
- ⁶ Reiser SJ. *Medicine and the reign of technology*. London/New York: Cambridge University Press, 1978.
- ⁷ Parece que estos enfermos de la clase media que “abusaban” de un servicio que se pretendía que fuese para los pobres se han beneficiado muy poco. Trabajando de médico de urgencias en el hospital St. Bartholomew de Londres en 1879, en médico (luego poeta) Robert Bridges vio personalmente a 120 enfermos ambulatorios en un periodo de una hora y diez minutos, a razón de 35 segundos por enfermo. Al mismo tiempo, en otros hospital de Londres, tres médicos de urgencias atendían a 500 enfermos cada mañana. (Rivington W. *The Medical Profession*. Dublin, 1879).
- ⁸ Todo esto era mucho menos cierto fuera de las ciudades y las áreas industriales de Gran Bretaña, hasta que se expulsó de los pequeños hospitales a los médicos generales-cirujanos en 1948 y se les substituyó por consultores especialistas. En las pequeñas ciudades con mercados, los médicos generales del comercio tenían contratos en los pequeños hospitales, financiados por las instituciones de caridad locales y por suscripciones de los ciudadanos, y en ellos hacían las operaciones de rutina. Conservaban un papel de “especialoides”, similar a lo que ha habido durante mucho tiempo en Estados Unidos, donde la división entre especialistas y generalistas hasta no hace tanto ha sido tan completa como lo fue hace mucho tiempo en Gran Bretaña. Por ejemplo, en un informe del Colegio Americano de Cardiología en 1974 se observó que, aunque en Boston, Miami y Nueva York había más de diez cardiólogos por cada 100.000 habitantes, el 70% de los mismos ejercían en consultorios, en lugar de hacerlo en hospitales y la mitad no eran especialistas titulados (*Lancet* 1974; i: 617). Estos “especialoides” que pretendían ser especialistas sin la responsabilidad continuada ni la experiencia del hospital, fueron desapareciendo gradualmente debido al desarrollo de la asistencia médica estadounidense como algo de tipo corporativo, en el último tercio del siglo XX, como lo describe bien Paul Starr (Starr P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books 1983.).

- ⁹ Stevens R. *Medical Practice in Modern England*. New Haven: Yale University Press, 1966.
- ¹⁰ La Ley Debré que destina al 20% de los mejores entre los que acaban los exámenes finales de la carrera a que se conviertan en especialistas lo refuerza poderosamente y deja a los demás para que encuentren el puesto que puedan en el esquema jerárquico. Por tanto, se coloca por ley a la atención primaria en el escalón más bajo de la responsabilidad.
- ¹¹ Frank Honigsbaum hizo suyo sin ningún sentido crítico este punto de vista en un libro cuyas conclusiones parece que las aceptan todavía en gran parte los historiadores (Honigsbaum F. *The division in British medicine: a history of the separation of general practice from hospital care 1911-1968*. New York: St.Martin's Press, 1979). En la fundación CIBA, en la que Honigsbaum presentó su trabajo, el presidente era Sir George Godber. Después de haber oído la presentación, sus primeras palabras fueron: "Nunca antes en toda mi vida he oído tanta basura". Sir George que probablemente era el más innovador y poderoso Jefe Superior de los Servicios Médicos que hemos tenido en cualquier momento, era consciente de la rápida evolución, que ya estaba en marcha, de la medicina general del Reino Unido para convertirse en una nueva especialidad orientada hacia la población. Honigsbaum nunca lo entendió.
- ¹² Esta definición se propuso en el *Libro Rojo* que estableció los términos del contrato de los médicos generales. Salvo una revisión importante en 1967 para estimular el ejercicio en equipo, que hubiese unos edificios mejores y el empleo de consultas y de enfermeras de plantilla, el *Libro Rojo* se conservó prácticamente sin cambios desde 1948 hasta 1988.
- ¹³ Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS. The concept of disease. *British Medical Journal* 1979;ii:757-762.
- ¹⁴ Esta cosificación en una forma moderna reconocible, empezó en el siglo XVIII, simultáneamente con la clasificación de Linneo de los animales y plantas. Alcanzó su máxima expresión hacia finales del siglo XIX, cuando los rápidos avances en bacteriología proporcionaron un modelo para las enfermedades como si las mismas fuesen parásitos depredadores que ocupaban a sus huéspedes humanos y engordaban a expensas de ellos. Esta cosificación de la enfermedad fue se vio poderosamente reforzada y vulgarizada por la forma de ejercer la Medicina y, por encima de todo, por el comercio de la Medicina. Los mercaderes de la asistencia sanitaria necesitaban continuamente mecanismos para simplificar los que, por otra parte, eran complicados e inmanejables problemas de salud de pacientes reales. Necesitaban un lenguaje simplificado en el que explicarse y pensar sobre los problemas y fórmulas inteligibles con las que justificar sus honorarios. Ello tuvo consecuencias negativas y positivas. Los estudiantes de Medicina y de Enfermería aprendían colecciones de enfermedades, reunidas en una especie de zoo, como si se tratase de especies independientes, que saliesen de la jungla de la vida en busca de presas humanas. En este contexto, se podía estudiar a los pacientes, con una objetividad propia de veterinarios, como si fuesen meros vehículos mundanos para transportar a esas interesantes enfermedades. Los farmacólogos buscaban balines mágicos con los que dispararles, destinados a atacar a las enfermedades, no a los enfermos y asumiendo que, aunque cada enfermedad era diferente de las demás, los pacientes eran, más o menos, todos iguales entre sí. Los dos conjuntos de ideas funcionaban mejor que cualquiera de las filosofías precedentes. La Arsfenamina dio en la diana de la sífilis en 1910, las sulfamidas en la diana de las infecciones estreptocócicas en 1935, la penicilina en la de los estafilococos en 1943 y, en las dos décadas siguientes, los nuevos avances en el tratamiento de las enfermedades infecciosas se convirtieron casi en sucesos anuales. Se trató de verdaderos avances, no de exageraciones de los medios de comunicación. Si se miran las gráficas de mortalidad materna de los años treinta, se ve cómo en 1935 caen en picado. La penicilina hizo lo mismo con la neumonía y la sífilis, inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial.
- ¹⁵ Marinker M. On the boundary. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1973;23:83-94.
- ¹⁶ Hart JT. Hidden agendas of earlier diagnosis. In Zander L (ed.) *Change: the challenge for the future*. Royal College of General Practitioners Annual Symposium 1983. London: RCGP 1984. pp.54-63.
- ¹⁷ Riddle MC. A strategy for chronic disease. *Lancet* 1980;ii:734-6.
- ¹⁸ Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank JH. Patients' participation in medical care. *Journal of General Internal Medicine* 1988;3:448-57.
- ¹⁹ Una parte de esta creciente comorbilidad es un artefacto de nomenclatura. Una parte cada vez mayor de trastornos, que se siguen considerando y etiquetando como enfermedades, son de hecho formas concretas del envejecimiento general. El número de los mismos que se encuentre depende principalmente de con la energía con que se busquen. Las percepciones profesionales de los problemas de los enfermos como únicos y sencillos o múltiples y complicados, dependen de cómo piensen esos profesionales, de las etiquetas diagnósticas que estén en uso en ese momento y de los medios de diagnóstico de que se disponga, sobre todo del tiempo que se pueda dedicar a la consulta. En una revisión de la literatura sobre comorbilidad, en 1995, el porcentaje de consultas en que se consideraban dos o más procesos diferentes variaba desde menos de un 1% hasta más del 50% (van den Bos GAM. The burden of chronic diseases in terms of disability, use of health care and healthy life expectancies. *European Journal of Pu-*



blic Health 1995;5:29-34). Llamativamente, estas diferencias eran principalmente un problema de percepción, más que de lo que había que percibir. Típicamente, en un cupo de 12.000 enfermos estudiados durante seis meses, los pacientes sacaban a relucir por lo menos un problema nuevo en un 43% de las consultas de revisión de sus enfermedades crónicas. Un 23% de esos problemas nuevos requerían una medicación nueva y un 7% necesitaban derivación a un especialista (Beale N, Searle M, Woodman J. Use made by patients of chronic disease surveillance consultations in general practice. *British Journal of General Practice* 1992;42:51-3).

²⁰ En un estudio de enfermos ancianos en Estados Unidos hospitalizados por insuficiencia cardiaca se encontró que un 38% también tenían diabetes, un 30% tenían fibrilación auricular y un 18% habían tenido antes un ictus. Este tipo de personas se incluyen raramente en los ensayos clínicos de los medicamentos nuevos, pero son de hecho los que típicamente tienen más probabilidades de tener que tomarlos (Heiat A, Gross CP, Krumholz AM. Representation of the elderly, women and minorities in heart failure clinical trials. *Archives of Internal Medicine* 2002;162:1682-8).

²¹ Un estudio de mujeres con cáncer de mama en Glasgow mostró que no había diferencias en la calidad de la atención ni en el acceso a la misma, pero las mujeres con ingresos más bajos tenían, en mucha mayor proporción, otros problemas de salud importantes y también peores evoluciones. (Macleod U, Ross S, Twelves C, George WD, Gillis C, Watt GCM. Primary and secondary care management of women with early breast cancer from affluent and deprived areas: retrospective review of hospital and general practice records. *BMJ* 2000;320:1442-5).

²² Smith GD, Hart C, Blane D, Hole D. Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study. *British Medical Journal* 1998;316:1631-5.

²³ Mold JW, Stein JF. The cascade effect in the clinical care of patients. *New England Journal of Medicine* 1986;314:512-4.

²⁴ Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Tavistock Publications 1973.

²⁵ La mayoría de los nuevos informes sobre los riesgos que se han encontrado recientemente por beber alcohol o café, por comer carne o pescado, por ganar o perder peso, etc., se basan en que se comprueba una asociación, no una relación de causa y efecto. Por ejemplo, nos proponemos vacunar al 100% de los niños a partir de unos tres meses de edad pero, por otra parte, la mayoría de los casos de parálisis cerebral son indetectables hasta después de esa edad (porque, incluso desde un punto de vista anatómico, el sistema nervioso central no se desarrolla del todo hasta después del primer año de vida). Como consecuencia de este hecho, hay una estrecha asociación entre vacunación y aparición poco después de parálisis cerebral. Comprensiblemente, muchos padres asumen que esta asociación es causal. Este tipo de temores son, con mucho, los responsables de que alrededor de un 20% de los padres no protejan a sus hijos de infecciones tales como el sarampión que, en sí mismo, está reconocido que puede ser ocasionalmente causa de daño cerebral permanente.

Casi cada semana tenemos informes de este tipo, sin que se discuta ni la diferencia entre asociaciones y causas, ni la diferencia entre causas supuestas, que están o no están fundamentadas por alguna hipótesis biológicamente plausible. El problema se deriva, en parte, de las políticas editoriales sensacionalistas, pero también de que los investigadores pretenden desesperadamente conseguir financiación atrayendo la atención del público hacia su trabajo.

²⁶ Kenneth Calman (Calman KC. Cancer: science and society and the communication of risk. *BMJ* 1996;313:799-802) dio un brillante ejemplo de la diferencia que hay entre riesgo absoluto y riesgo relativo de muerte atribuible a la toma de la píldora anticonceptiva oral de dosis baja, no tomarla, o, simplemente quedarse embarazada:

MUERTES ATRIBUIBLES POR MILLÓN DE MUJERES-AÑOS

	RIESGO ABSOLUTO	RIESGO RELATIVO
Las que no la tomaban	0.5	1.0
Las que la tomaban	3.0	6.0
Embarazo	6.0	12.0

Quedarse embarazadas elevaba exactamente el número real de muertes atribuibles al embarazo de 1 a 12 por cada 2 millones de mujeres no embarazadas que no habían tomado la píldora a lo largo de un año, frente a las mujeres que no se quedaban embarazadas y no tomaban la píldora. El hecho de tomar una píldora de baja dosis elevaba el número real de muertes de 1 a 3, comparado con el de las que no la tomaban. Tanto el embarazo como el tomar la píldora elevaba el riesgo relativo, pero en ambos casos los riesgos absolutos eran extremadamente pequeños. Comoquiera que la anticoncepción oral era muy eficiente en la prevención de embarazos y los embarazos elevaban los riesgos cuatro veces más que la píldora, parece que la anticoncepción oral es una opción por lo general más segura que no emplear ningún tipo de anticoncepción o emplear los métodos de barrera como los condones o los diafragmas que fallan mucho más.

- ²⁷ McConnachie A, Hunt K, Emslie K, Hart C, Watt G. "Unwarranted survivals" and "anomalous deaths" from coronary heart disease: prospective study of general population. *BMJ* 2001;323:1487-91.
- ²⁸ Richards HM, Reid ME, Watt GCM. Socioeconomic variations in responses to chest pain: qualitative study. *BMJ* 2002;324:1308-10.
- ²⁹ Con 10 kg. o más por encima del peso normal (el óptimo para la salud, no el promedio de índice de masa corporal IMC de 20 a 25), la mortalidad por cualquier causa es un 46% por encima de la media entre los 15 y los 34 años, un 30% entre los 35 y los 49, un 18% entre los 50 y los 65, pero casi nada por encima de los 65 años. Hay muchos motivos por los que los viejos deben intentar controlar su peso, pero la mortalidad no es uno de ellos.
- ³⁰ Sean cuales sean los demás factores que pueden modificar este proceso, la obesidad implica necesariamente un exceso de ingesta de energía por encima de la que se consume. Los cuerpos de los adultos necesitan alrededor de 1600 calorías al día simplemente para estar sentados o echados en la cama, y llega a ser de 3.800 para un hombre alto que haga un trabajo verdaderamente duro, como un minero del carbón o un leñador. En todos los países totalmente industrializados, los consumos de energía derivados del trabajo físico han descendido de manera dramática. Ello ha ocurrido evidentemente entre los trabajadores, pero de manera menos evidente, aunque probablemente similar para las mujeres que todavía se limitan al trabajo doméstico, pues tanto el trabajo industrial como el doméstico se ha desplazado hacia las máquinas. Al mismo tiempo, se ha eliminado en la práctica el hambre real, en el sentido de un exceso de consumo de energía sobre la ingesta, a causa de la productividad mucho mayor del trabajo industrializado. En los países totalmente industrializados, los pobres siguen teniendo dietas pobres, pero sus deficiencias son de calidad, no de cantidad, no de ingesta de calorías. Tanto en Gran Bretaña como en América del Norte, la obesidad se ha convertido en el signo externo más visible de clase social. Por lo menos hasta ahora, las diferencias de clase social, en lo que a la obesidad se refiere, en Gran Bretaña parecen menores que en Estados Unidos. El Observatorio Escocés de Salud Pública comunica que hay obesidad (IMC > 30) en un 19,6% de los varones adultos en el quintil de mayor riqueza entre todos los varones, frente a en un 25,5% de los del quintil más bajo. El desequilibrio de clase es mucho más marcado para las mujeres: 21% entre las de quintil superior de riqueza, frente al 32,1% entre el quintil inferior. (http://www.scotpho.org.uk/home/Clinicalriskfactors/Obesity/obesitydata/obesity_deprivation.asp, consultado el 13 de febrero de 2009).
- ³¹ Un concepto sencillo que todavía se usa poco: las personas con obesidad central tienen la cintura del vientre mayor que la de las caderas. Esta medida tiene más capacidad de predicción que el Índice de Masa Corporal (IMC), que es el peso en kilos dividido por el cuadrado de la estatura en metros.
- ³² Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. Banting lecture 1988. *Diabetes* 1988;37:1595-1607, and Eckel RH, Grundy SM, Zimmer PZ. The metabolic syndrome. *Lancet* 2005;365:1415-28.
- ³³ La frase proviene de una carta de Sir Clifford Albutt al *Times* (Albutt TC. The Act and the future of medicine. *The Times* January 3 1912), que tuvo mucha influencia, en la que se predecía el final de la buena medicina clínica entre los médicos generales, si se aplicaba la Ley de Seguro de Lloyd George. De hecho, la buena medicina clínica en los centros de zonas industriales a duras penas estaba empezando y la Ley de Lloyd George hizo un poco para que fuera menos imposible lograr establecerla. Sin embargo, la pesimista afirmación de Albutt pareció confirmarse totalmente en la revisión de Joseph Collings del estado del ejercicio de la medicina general cuando nació el NHS en 1948 (Collings JS. General practice in England today. *Lancet* 1950;i:555-85). Es interesante que algunos estudios similares en Estados Unidos (Peterson OL, Andrews LP, Spain RS, Greenberg BG. An analytical study of North Carolina general practice, 1953-1954. *Journal of Medical Education* 1956;31(12):part 2, p.1.) y en Canadá (Clute KF. *The General Practitioner*. Toronto: University of Toronto Press, 1963.), aproximadamente al mismo tiempo, mostraron resultados similares.
- ³⁴ Uno de los primeros médicos generales británicos que reunió sistemáticamente datos de su ejercicio profesional, John Fry, acuñó un término útil para los médicos de Estados Unidos, que afirmaban que tenían capacidades propias de especialistas, pero que no tenían ninguna formación en algún departamento hospitalario. Los llamó "especialoides" (Fry J. *Medicine in three societies: a comparison of medical care in the USSR, USA and UK*. Aylesbury, Bucks: MTP, 1969). Hasta la década de los años ochenta del siglo pasado no se los eliminó de la práctica de la cirugía; hasta esa fecha, la mortalidad operatoria en Estados Unidos era de forma sistemática superior a la del NHS.
- ³⁵ British Medical Association. *Charter for the family doctor service*. London BMA 1965.
- ³⁶ Esta idea la desarrolló John Horder en un artículo clásico que vale la pena leer hoy en día (Horder JP. Physicians and family doctors: a new relationship. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1977;27:391-7. Publicado simultáneamente en el *Journal of the Royal College of Physicians of London*).
- ³⁷ La administración de los contratos con los médicos les reembolsaba el 70% de los gastos de plantilla, hasta un máximo de dos veces lo que correspondía al salario de dos miembros de plantilla a tiempo com-



pleto por médico, y los médicos generales pagaban el restante 30%. Reembolsaba el 100% del coste de los locales y permitía a los médicos generales conservar el valor de cualquier apreciación del capital. Hasta la crisis comercial de 2008-9, a consecuencia de esto, se acumulaban enormes sumas para los médicos generales en el momento de su jubilación, en áreas en las que los niveles de pobreza estaban incrementándose. Donde los valores de estos locales estaban cayendo, como sucedía en la mayoría de las áreas industriales y postindustriales, no había ese incentivo para invertir en edificios. Bosanquet y Leese (*Family doctors: their choice of practice strategy. BMJ 1986;293:667-70*) observaron que entre cinco indicadores de mejoría (contratación de enfermeras para el centro, mejoría o edificación de locales, participación en la formación, posesión de un electrocardiógrafo y consultas de revisión), un 32% de los centros (los que invertían mucho) representaban un 71% de los que tenían valoraciones positivas. Casi todos los centros con grandes inversiones estaban en áreas prósperas. Fijándose en un área minera de carbón del norte entre 1986 y 1992, los mismos autores observaron que más centros de las áreas prósperas en expansión habían invertido en locales y plantilla y prestaban más servicios que los de los distritos pobres. Sus costes eran mayores. Al igual que sus ingresos. Sin embargo, los centros de los distritos más pobres habían hecho un mayor incremento absoluto en inversión, lo que había dado lugar a una disminución global de la diferencia de niveles entre unos y otros (Leese B, Bosanquet N. *Family doctors and change in practice strategy since 1986. BMJ 1995;310:705-8*). Es una visión mixta, pero sugiere que la inversión pública que se lleva a cabo a través de los bolsillos de los médicos generales, que actúan como empresarios independientes, parece menos eficiente que la inversión directa por parte del estado en aquello que la gente necesita.

³⁸ Según el Dr. Gerard Vaughan, Ministro Conservador de Sanidad en 1985, los costes para los contribuyentes por cada consulta eran los siguientes:

En las consultas externas de los hospitales	£50.00
En los centros de Medicina General	5.00

A primera vista, un enfermo que visite a un médico general parece que cuesta diez veces menos que otro que vaya a un especialista hospitalario, aunque sea un residente. Una consulta con un farmacéutico de la calle, no le cuesta absolutamente nada al gobierno.

³⁹ Rivett G. *From Cradle to Grave: fifty years of the NHS*. London: King's Fund 1998: 411. A much more influential model was developed by Dr Geoff Marsh, working in Tees-side, citado más adelante en este artículo.

⁴⁰ Clarke K. Working for patients: medical education, research and health. Speech by Secretary of State to medical profession 10 July 1989, comunicado oficial de prensa.

⁴¹ Los servicios de urgencias de los hospitales proporcionaron un segundo mecanismo de apoyo, al prestar asistencia episódica de "parcheo" a los enfermos que, o bien no podían acceder a la atención primaria, o bien no tenían confianza en ella. En los centros urbanos en decadencia, ello supuso una ruptura importante en la asistencia por parte del NHS y causó mucha preocupación en los años ochenta del siglo pasado, en los que se consideró, con razón, que era un indicador sensible del rendimiento de la atención primaria. Acudir directamente a los servicios de urgencias es algo que aumenta ahora sin cesar, junto con una variedad cada vez mayor de clínicas ambulantes y centros de asesoramiento telefónico, muy en la línea de las políticas consumistas que han estimulado tanto los gobiernos conservadores como los del nuevo laborismo, sin tener en cuenta el daño que esto hace a la continuidad de la asistencia, ni la falta de eficiencia inherente a la asistencia a personas que uno no conoce de antemano. Cuando yo trabajaba en los valles del sur de Gales, la mayoría de los médicos generales hacían ellos mismos sus propias suturas. En la consulta de Glynccorwg, como en otras áreas que estaban muy lejos de un hospital, la autoderivación a los servicios hospitalarios de urgencias era mínima, de modo que los datos de nuestra carga de trabajo eran una medida indirecta del volumen de atención primaria que había en nuestra localidad.

⁴² Desde que han existido los hospitales. Sus servicios de urgencias o equivalentes siempre han sido utilizados más por los pobres. Los factores socioeconómicos se asocian muy estrechamente a las tasas de ingresos por urgencias, pero no con las de ingresos programados mediante derivaciones por parte de los médicos generales. (Reid FDA, Cook DG, Majeed A. Explaining variation in hospital admission rates between general practices: cross sectional study. *BMJ 1999;319:98-103*). Aquellos países cuyas unidades de atención primaria están poco desarrolladas o son menos accesibles desde el punto de vista social, tienen, en consecuencia, servicios de urgencias hipertrofiados. Por ejemplo, en 2004, un 30% de la población de Los Ángeles no tenía seguro y dependía de lo que quedaba de su sistema público de asistencia hospitalaria para recibir asistencia de urgencia. Este sistema público estaba a su vez en crisis fiscal y se enfrentaba a unas pérdidas previstas de más de 700 millones de dólares entre 2003 y 2005. A causa de la rápida expansión del sector privado con ánimo de lucro, los hospitales públicos de la Costa Oeste se habían reducido hasta representar sólo un 6% del total de la dotación hospitalaria, pero prestaban el 55% de la asistencia a los que no tenían seguro, lo que representaba el 35% de sus ingresos de enfermos y el 55% de sus consultas externas. (Berliner HS. The crisis of the Los Angeles County Public

- Hospital system: a harbinger for the nation. *International Journal of Health Services* 2004;34:313-22).
- ⁴³ Aunque el NHS no establece barreras legales ni económicas par el acceso a los servicios, puede haber muchas barreras administrativas en áreas de marginación social y grandes cargas de trabajo para la atención primaria. Alrededor de la mitad de los que se envían a la cárcel en Gran Bretaña no están inscritos en la lista de ningún médico general, lo que, a menudo, es un reflejo de la dependencia de drogas, el padecimiento de enfermedades mentales de tipo psicótico o ambas cosas a la vez. Los sin techo, un grupo que en la actualidad está creciendo rápidamente, están en situación similar, al igual que las personas con dificultades en la educación, las trabajadoras callejeras del sexo, los que buscan asilo y los refugiados, los que tienen psicopatías crónicas y los nómadas gitanos. Siempre que puedan acceder a una asistencia benéfica, la mayoría de estos enfermos son usuarios muy frecuentes con necesidades complejas, de modo que, en su calidad de empresarios autónomos, muchos médicos generales hacen todo lo que pueden para evitarlos. Los médicos generales con menos mentalidad de negociantes, que creen que estas personas necesitan y se benefician de la asistencia más que las de cualquier otro grupo social, acaban cargando con un número desproporcionado de este tipo de enfermos, en muchos casos suficiente para que su ejercicio profesional normal sea imposible. La solución de este momento es crear consultas especializadas en áreas urbanas en las que hay una gran concentración de este tipo de personas. Es algo que se ha hecho, al menos para los sin techo, en alrededor de dos tercios de los distritos adscritos a consorcios de atención primaria en Inglaterra, pero estos servicios siguen siendo muy incompletos. La inscripción de los enfermos en las listas de los médicos generales es esencial para poder llevar a cabo una planificación eficaz y valorar los resultados, pero muchos de estos esquemas especiales, excluyen de manera deliberada esta inscripción, a causa de las perversas acciones desincentivadoras relacionadas con la financiación por parte del NHS o de los ayuntamientos.
- ⁴⁴ Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *British Journal of General Practice* 2008;58:128-30.
- ⁴⁵ Impresionados por el efecto de la función de “porteros cribadores” de los médicos generales del NHS, otros muchos países europeos adoptaron posteriormente esta política. Un estudio comparando los países que tenían un sistema de derivación con esta función de porteros con los que no lo tenían, mostró que los médicos generales que llevaban a cabo esa función tendían a funcionar mejor en todos los demás aspectos (Boerma WG, van der Zee, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *British Journal of General Practice* 1997;47:481-6).
- ⁴⁶ Taylor TR. Pity the poor gatekeeper: a transatlantic perspective on cost containment in clinical practice. *BMJ* 1989;299:1323-5.
- ⁴⁷ La experiencia de Estados Unidos demuestra que esa inversión estaba justificada; A lo largo y a lo ancho de los Estados Unidos, la mortalidad en 14,4 muertes por cada 100.000 habitantes, durante un periodo de once años, en áreas en las que el número de médicos generales aumentó en un uno por cada 10.000 habitantes. El efecto fue mayor en la mortalidad de los negros, es decir, la de aquellos que tenían más necesidad de asistencia sanitaria (Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race and mortality in US states. *Social Science & Medicine* 2005;61:65-75).
- ⁴⁸ Fry J. *Medicine in three societies: a comparison of medical care in the USSR, USA and UK*. Aylesbury, Bucks: MTP, 1969.
- ⁴⁹ Hayes TM, Harries J. Randomized controlled trial of routine hospital clinic care versus routine general practice care for type II diabetes. *BMJ* 1984;289:728-30.
- ⁵⁰ Darzi A. *High quality care for all: NHS next stage review final report*. London: Department of Health, 2008. La idea de las policlínicas parece que es atractiva para los especialistas y la aplaudió, con un entusiasmo carente de crítica el editor de *The Lancet*, a pesar de la larga hostilidad de la revista a las políticas relativas al NHS, tanto del Nuevo Laborismo, como del Partido Conservador: “Para los médicos, parece que, por fin, al cabo de mucho tiempo, se ha prestado atención, en las decisiones políticas, a su demanda de liderazgo clínico. Está ahora en manos de la profesión aprovechar esta oportunidad excepcional y hacer que funcione a favor de los enfermos” (Horton R. The Darzi vision: quality, engagement and professionalism. *Lancet* 2008;??:1-2).
- ⁵¹ Muchos observadores expertos parece que piensan que los generalistas de atención primaria pueden seguir llevando a cabo asistencia fuera del NHS. “Si ... los conflictos entre profesionales y políticos, en el seno de los servicios sanitarios que no han cambiado, se resuelven sólo en parte y a trocitos, puede dar la impresión de que la privatización de la atención primaria puede ser una solución. Mantener la práctica de un ejercicio profesional con honorarios máximos para los que pueden pagar directamente, mientras que se permite la máxima industrialización para los demás, puede no serlo” (Iliffe S. From general practice to primary care: the industrialisation of family medicine in Britain. *Journal of Public Health Policy* 2002;23:33-43). Por ejercicio libre, Steve parece entender un ejercicio de la profesión que se paga con honorarios, una extraña clase de libertad para quien presta el servicio y no una libertad, como ha sido hasta ahora, que no genere nuevas ideas ni investigación. Parece un poco prematuro descartar

la posibilidad de que los mejores médicos generales puedan luchar todavía para crear su propia libertad para innovar, en el contexto de un sistema de asistencia pagada.

- ⁵² Ellis J. *Reform of Medical Education*. Washington DC: National Academy of Sciences, 1970: 209). Otros dos educadores punteros recogieron opiniones similares en el Hospital St. George (Dornhorst AC, Hunter A. Fallacies in medical education. *Lancet* 1967;ii:666-7).
- ⁵³ Marsh GN, Kaim-Caudle P. *Team Care in General Practice*. London: Croom Helm, 1976. Aportó buenos argumentos de que la asistencia en equipo que había organizado tenía efectos selectivos favorables sobre la salud de una comunidad pobre de Tee-side (Marsh G. Clinical medicine and the health divide. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1988;38:5-9, y Marsh GN, Channing DM. Comparison in use of health services between a deprived and an endowed community. *Archives of Disease in Childhood* 1987;62:392-6).
- ⁵⁴ Al menos como una forma de pensamiento entre los gestores y los que diseñan las políticas, la implantación de una forma automatizada de asistencia ha alcanzado proporciones alarmantes, en apariencia muy ajenas de la experiencia de la gente, tanto de los enfermos como de los miembros de las plantillas de la asistencia primaria del NHS. Por ejemplo, en San Francisco, unos investigadores de la Universidad de California, llevaron a cabo un ensayo aleatorio de un sistema telefónico automatizado para las personas que deseaban consejo para tratar su diabetes (Handley MA, Shumway M, Schillinger D. Cost-effectiveness of automated telephone self-management support with nurse care management among patients with diabetes. *Annals of Family Medicine* 2008;6:512-8.). Como he dicho en 2009, las respuestas telefónicas automatizadas, para cualquier asunto, desde comprar un billete de ferrocarril hasta cómo descongelar la pantalla del ordenador, provocan una intensa irritación u hostilidad por parte de la mayor parte de la gente de hoy en día. A la mayoría de las personas le encanta, en resumidas cuentas, oír una voz humana que la escuche, les hable en su propio lenguaje y le transmita un mensaje de alguien que parece que compartiera algo de su propia experiencia. Sin embargo, cuando las únicas voces humanas a las que aún se tiene acceso no tienen tiempo que malgastar para simples asuntos de achaques, las personas agradecen cualquier ayuda que puedan obtener de máquinas que tienen más tiempo que los seres humanos e incluso pueden hablar muchos idiomas y transmitir un mensaje redactado por expertos del consenso. Este estudio mostró beneficios marginales en una sociedad que ha tirado la toalla aparentemente en su intento de no convertirse en máquinas. De acuerdo con la información recibida, si se demuestra una relación coste-beneficio favorable, todo esto hay que llevarlo adelante. Diferentes revisiones de este asunto en el Reino Unido, si bien son más cautas, no ofrecen ninguna resistencia substancial a esta tendencia de pensamiento (Croft P, Porcheret M. Standardised consultations in primary care: are beneficial for some conditions, but should their extent be limited? *BMJ* 2009;338:668-9). Romper con las máquinas y restaurar una cara humana requiere valor e imaginación, conceptos aparentemente excluidos de la investigación que habitualmente se prefiere.
- ⁵⁵ Hasta 1966, trabajaban casi de manera totalmente independiente de los médicos generales. Antes de que existiera el NHS, las relaciones entre los médicos generales urbanos y las enfermeras comunitarias eran a menudo escasas y a veces hostiles, los médicos generales que cobraban honorarios las veían como competidoras. Esto era especialmente así en el caso de las matronas, contempladas como competencia del negocio, y en el de los visitantes sanitarios, contemplados como una competencia en el terreno de la autoridad. En el medio rural las relaciones eran mucho más humanas y mucho mejores. Hoy en día persisten divisiones, potencialmente serias, entre los médicos generales, en su calidad de patronos de las enfermeras de los centros de salud y de los auxiliares de asistencia y la plantilla de enfermeras que son empleadas directamente por las autoridades del NHS. Como antaño, los administradores tienden a dejar de lado o ignorar estas divisiones, pero probablemente podrían eliminarse.
- ⁵⁶ Drennan V, Davis K. *Trends over ten years in the primary care and community nurse workforce in England*. University of London, St.Georges, 2008.
- ⁵⁷ De acuerdo con una revisión del Departamento de Sanidad, publicada en julio de 2006 (*Regulation of the Non-Medical Healthcare Professions*), los Ayudantes Sanitarios (AS) no estaban aún regulados ni inscritos en un registro y no tenían unos requerimientos nacionales mínimos de para acceder a los puestos y, hasta donde yo sé, es algo que no ha cambiado. Según el Real Colegio de Enfermería, aunque su número estaba creciendo rápidamente, el Departamento de Sanidad no sabía cuántos estaban trabajando en el NHS. Según los datos de la Universidad de Manchester en el año 2002, los Ayudantes Sanitarios de atención primaria en esa región estaban haciendo un 33% de todas las intervenciones que implicasen medir algo y el 28% de las intervenciones de prevención y de asistencia sanitaria a nivel primario en esa región.
- ⁵⁸ Pido excusas por escribir tanto sobre mí mismo, pero la confidencialidad me prohíbe hacerlo sobre cualquier otra persona. La complejidad de mis problemas no es en absoluto infrecuente. Mi experiencia es totalmente típica, excepto en que, como miembro de la profesión, probablemente recibí un poco más que lo que me tocaba de cada cosa y ahora vivo en un área en la que la vida es incomparablemente más fácil que donde transcurrió mi vida laboral.



⁵⁹ No debe dejarse de señalar que ésta no es una fórmula que pueda aplicarse como substitución del conocimiento empírico. Si cada conflicto aparente entre conocimientos representara una potencial identidad sintética, podríamos inventar la palabra que quisiéramos, es decir la filosofía del Príncipe Carlos y su círculo mágico de terapeutas alternativos.

⁶⁰ El problema con el que le ha sido más difícil enfrentarse a la moderna Física ha sido la imposibilidad aparente de reconciliar los conceptos matemáticos de la Física Cuántica, el mundo de lo infinitamente pequeño, con los de la Astrofísica, el mundo de lo infinitamente grande. En nuestra calidad de observadores, nos encontramos entre estos dos mundos, en el punto de unión entre estas dos cosas infinitas, empleando un lenguaje conceptual diferente para cada uno de estos mundos. ¿Se trata de un accidente? ¿Acaso estamos exactamente en ese punto? Por supuesto que no, Los términos en los que nos comprometemos con el mundo los dicta nuestra propia postura en el mismo y, cuando miramos a lo lejos en direcciones opuestas, se aplican reglas opuestas y todas ellas son contrarias a la intuición y, por lo tanto, más o menos incomprensibles sin matemáticas superiores. En nuestro entorno, todavía funciona el sentido común que hemos adquirido de la experiencia de todos (que es cambiante). Igual sucede con la Historia. Estamos en el límite de la Historia que ha ocurrido y la por venir. Y en dondequiera que estemos o ayudamos a hacer el futuro o dejamos que otros lo hagan sin nosotros.

Puede parecer obvio que los mundos que vemos en nuestra condición de observadores tienen que parecer diferentes, dependiendo de dónde estemos pero, en realidad, no podemos estar en ningún otro lugar, aunque tratemos de hacerlo en teoría. Nunca hemos descubierto nada sólo por observar, sino que hemos aumentado nuestro conocimiento por haber actuado y haber observado los resultados de nuestras acciones. Las preguntas sin respuesta que plantea el positivismo lógico, no tienen respuesta porque son irreales, innecesarias e irrelevantes para las tareas que tenemos delante. Surgen solamente porque el positivismo lógico tiene que separar el mundo que observa del mundo en el que tenemos que actuar.

⁶¹ Escondidos en todo esto yacen Karl Marx y Friedrich Engels, cuyos nombres todavía se excluyen del discurso respetable en el mundo de habla inglesa. Ha sido absurdo. En general, excluir a Marx del desarrollo del pensamiento científico ha sido absurdo y tan capaz de deteriorar ese aspecto como sería excluir a Darwin del desarrollo de la Biología. En un escrito de 1878 (Herr Eugen Dühring's Revolution in Science. Leipzig, 1878. Primera traducción al Inglés de Emile Burns, Lawrence & Wishart 1934, pp.74-6), Engels reconocía que la materia era inseparable del movimiento y viceversa, anticipándose en más de dos décadas a la suplantación de la Física newtoniana. Se podría pensar que la filosofía del materialismo dialéctico que, junto con Marx, desarrolló, habría de provocar más respeto que el que provoca, pero el enconsetamiento soviético del pensamiento ha facilitado su marginación.

⁶² La manera convencional de referirse a las reflexiones más universales y que más aspectos abarcan sería describir este tipo de enfoques como holísticos. Entre los trabajadores sanitarios de inclinaciones más liberales, es algo que ha llegado a ser muy popular, pero que no me parece útil. La idea central del holismo es que cualquier todo evolucionado es mayor que la suma de sus partes y que ninguna cosa aislada puede comprenderse fuera de su contexto. Aunque esto sea evidentemente verdad, no aporta nada para llevarnos más allá de la observación banal. El holismo se originó como una casi filosofía lanzada por Jan Smuts en 1926, en su libro *"Holismo y Evolución"*. Conocido en África del Sur como Janni el zorro, Smuts logró combinar en una sola vida tres grandes motivos de fama: como dirigente de la guerrilla Boer de resistencia a los ingleses, como estadista veterano y varias veces primer ministro de la Unión Sudafricana y campeón del Imperio Británico y como filósofo. Para lograr esto sobre la base de la supremacía blanca, en un país en el que los habitantes de origen europeo estaban en proporción de uno por cada ocho de origen africano, sin cuestionar dicha supremacía, necesitó una filosofía más apropiada para contemplar la realidad que para esforzarse en cambiarla. Esto es lo que el holismo significa, un término resbaladizo que evita cualquier conflicto.

⁶³ Starfield B. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *British Journal of General Practice* 2003;53:723-9.

⁶⁴ La historia de los QOF (Quality and Outcomes Framework, o sea, "Marco de Calidad y Rendimiento") muestra hasta qué punto los expertos situados muy arriba en el escalafón han subestimado siempre la labor de los trabajadores de base de atención primaria. Los costes que se supusieron asumían que pocos centros de salud lograrían más del 80% de los objetivos respecto a los datos recogidos y que la mayoría se quedaría muy por debajo de esa cifra. En realidad, incluso en el primer año (2004 - 5), la mayoría de los centros alcanzaron más del 90% de sus objetivos, de modo que hubo que pagarles por eso, aunque las cantidades no se habían previsto ni presupuestado. Ni el gobierno ni los medios de comunicación han reconocido nunca esta grosera estimación a la baja, ni de lo que los médicos generales y sus equipos estaban haciendo ni de lo rápido que se habían adaptado a la nueva dimensión de las demandas. El QOF es un inmenso logro, al codificar prácticamente cada aspecto del trabajo necesario para la atención primaria en todas sus facetas, no simplemente las actividades clínicas, sino todos los aspectos de la organización de los centros, de la recogida de datos, de las relaciones con los enfermos y las poblaciones, el trabajo educativo, etc., abarcando incluso los mecanismos para que los enfermos y sus or-

ganizaciones sugieran detalles en el futuro. Su debilidad está en hasta qué punto estimula la burocracia, el jugar con los datos y la gestión excesiva e ignora la imaginación y la innovación que se salen de los planes definidos.

⁶⁵ Davidoff F, Haynes RB, Sackett D, Smith R. Evidence Based Medicine. A new journal to help doctors identify the information they need. *BMJ* 1995;310:1085-6.

⁶⁶ Guthrie C. Prevention and cure of type 2 diabetes. Let's move upstream from obesogenic environments please. *BMJ* 2002;325:965.

⁶⁷ Guthrie C. Letter to *BMJ* 2001;323:63-4.

⁶⁸ *Road traffic and Health*. London: BMA 1997.

⁶⁹ En todo esto hay que incluir también al gobierno del Nuevo Laborismo que alcanzó el poder en 1997, sobre la base, entre otras cosas, de haber garantizado que daría la vuelta a estas políticas. Desde 1997, se han vendido al menos 187 escuelas y campos de deportes más (James Chapman, *Daily Mail* website 30 March 2008).

⁷⁰ La política de la Asamblea de Gales puede haber tenido un impacto sorprendentemente grande en un tiempo relativamente corto. Las encuestas de 4000 jóvenes de entre 11 y 18 años de edad por parte de la Oficina Británica de Investigación del Mercado, cada seis meses, a lo largo de los últimos quince años muestran un rápido descenso en la práctica semanal de la natación en Inglaterra, desde un 25% en 1993 hasta un 12% en 2008. Este descenso se incrementaba según aumentaba la edad, desde haber bajado a un 14% entre 11 y 15 años, hasta un 9% entre 16 y 18 años. Los niveles más altos de práctica de natación eran en Gales, donde todavía nadaban cada semana un 25% de los que tenían entre 11 y 15 años, comparado con un 10% en Londres, Yorkshire, Humberside y el Norte de Inglaterra.

⁷¹ El trabajo pionero de Jerry Morris sobre la relación entre inactividad física y la enfermedad coronaria (Morris JN, Chave SPW, Adam C, Sirey C, Epstein L, Sheehan DJ. Vigorous exercise in leisure time and the incidence of coronary heart disease. *Lancet* 1973;I:333-9) tardó varias décadas en influir en la práctica médica. Esto sucedió, en parte porque tal como la gente vive de hecho sus vidas de cada día, fuera de situaciones experimentales, era un tema de investigación extremadamente difícil, sobre el que era casi imposible obtener datos tan innegablemente concluyentes como los de los estudio sobre la dieta.

⁷² En Glyncorrwg, nuestro equipo ayudó a dirigir iniciativas locales de este tipo que supusieron que se consiguieran tres millas de carril de bicicletas, tres charcas de pesca y un centro de bicicleta de montaña, con expertos, que ahora ocupa el noveno lugar, en cuanto a popularidad, del mundo. Nuestra comunidad tiene aún sus propios equipos de fútbol y de rugby, que juegan en nuestros propios campos públicos, aunque sólo tenemos en la comunidad unas 500 familias y casi todas las tiendas y muchas casas están cerradas.

⁷³ En mi experiencia en una democracia desarrollada, basta con conseguir una vez que se llene un autobús de enfermos para presionar a las autoridades locales, con objeto de conseguir un cambio material necesario y urgente, para que se tomen en serio todas las siguientes amenazas. A partir de ahí, rara vez hace falta poner en marcha la amenaza. Por supuesto, en muchos países esto puede costar la vida, pero tal cosa sólo sucede en raros casos en países económicamente desarrollados. En Gran Bretaña, no tenemos excusa alguna para dejar de actuar cuando es claramente necesaria una acción y tiene el apoyo de las masas.