

El mérito intelectual de la medicina familiar, 2a. parte

Walter O. Spitzer*

En la comunidad clínica

La medicina familiar no puede justificar su mérito intelectual con los logros obtenidos hasta la fecha, pero sí con el desafío para su futuro en el terreno de la investigación y otras tareas académicas. Inclusive en las áreas clínicas, la literatura escrita en el campo de la medicina familiar contiene muy pocos trabajos originales. El contenido de las revistas de práctica familiar deriva abrumadoramente de un proceso de "Reader's Digest" consistente en la distribución de cápsulas de información altamente prácticas. El objetivo es loable, y muchas de estas actividades son importantes. Lo que preocupa a muchos es el estilo poco crítico de este proceso, y el resultante refuerzo editorial de la melagomanía patriarcal.

Muchos investigadores interesados en problemas de investigación de la atención primaria en programas de medicina familiar han decidido que su campo sea en la llamada investigación de la atención a la salud. Dependiendo de los sesgos del clasificador, este campo es también designado como atención "médica", investigación en medicina social, investigación en administración de la salud, investigación de servicios de salud o estudios biomédicos aplicados. Utiliza métodos de la epidemiología, de la medicina clínica, de la sociología, de la economía, de la inves-

tigación de operaciones y de la salud pública tradicional. La única contribución proviene de la extensión del rango de la investigación de atención a la salud a determinantes no biomédicos de la salud. Hasta ahora, los resultados de investigaciones en el campo han tenido poca influencia en la atención a la salud. Los artículos escritos por sus investigadores contienen un decepcionante alto contenido de declaraciones ex-cátedra de "estadistas" en medicina familiar, un indiscriminado rechazo hacia valores tradicionales, razonamientos post-hoc, constricción de un modelo sociológico (expresado todo esto con mucha frecuencia en inescrutables anotaciones matemáticas griegas), y mucho acerca de lo que las computadoras harán en el campo de la medicina en 1995. Hay que agregar rápidamente que algo de lo que ha sido citado en la literatura sobre medicina familiar y atención a la salud ha sido útil y constructivo, provocativo o descriptivo de aproximaciones imaginarias sobre la prestación de atención médica. No obstante, muy poco de esto estipula conclusiones válidas sobre problemas de atención a la salud en base a información igualmente válida y empírica. Como fue establecido por un epidemiólogo canadiense quien ha hecho gran cantidad de investigaciones sobre atención a la salud de buena calidad, "está claro que muy pocos investigadores en el campo de la atención a la salud están capacitados intelectual y motivacionalmente para dedicarse a este tipo de problemas. Más que el diseño de métodos de medición y evaluación, nosotros encontramos tal literatura plagada con amor, existencialismo y exhortación".^{2,5}

En la preparación del médico familiar para desempeñar un papel clínico contemporáneo, debemos poner más atención a lo que él necesita saber de las distintas disciplinas con las que se enfrentará y para las que servirá de puente. Una de las paradojas del dominio clínico que me intriga tiene que ver con el imperfecto reconocimiento de lo que nosotros realmente hace-

* El Dr. Spitzer es profesor de Medicina Familiar y Epidemiología en la Facultad de Medicina de McGill en Montreal. El artículo está basado en una ponencia presentada por el Dr. Spitzer cuando era profesor visitante de la Organización Alfa-Omega-Alfa en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania en febrero de 1977. Traducción de los doctores Malaquías López Cervantes y Rebeca Ponce de León, profesores del Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria.

La primera parte de esta sección apareció en el vol. XXII Año 22 No. 12, 1979 de la revista Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

mos, cómo lo hacemos, y cuál es en realidad nuestra área de interés. Contrastar el énfasis en la práctica del internista con aquel del médico familiar ayudará para ilustrar lo que quiero decir. Diagnosticar es una preocupación urgente del internista. A pesar del vital interés en el diagnóstico, el médico familiar debe ser, primero y fundamentalmente, un "pronosticador" consumado. Hacer el diagnóstico correcto es útil e importante, pero llegar a la decisión de acción correcta en relación a un determinado paciente, tomando en cuenta el pronóstico, es el criterio más importante del rendimiento y calidad del médico. Esta función, por tanto, identifica uno de los componentes cognoscitivos de la disciplina horizontal, un conocimiento sofisticado de la importancia del pronóstico de un signo o de un síntoma de cualquier manera que se presente.

Un punto relacionado, expuesto claramente por I.R. McWhinney de la Universidad de Western Ontario, es el hecho de que cualquier médico, pero particularmente el médico familiar, debe de ir más allá del diagnóstico.²⁶ Debe proporcionar atención estrecha a las distintas clases de conductas de los pacientes que se presenten con enfermedades orgánicas. El profesor McWhinney señala que no tenemos convenciones taxonómicas que permitan una observación ordenada del fenómeno de conducta relacionado con la enfermedad, o cómo ésta es percibida por los pacientes. Todos hemos experimentado la dificultad para describir, incluso sin entrar en el manejo, el cuadro de un paciente de conducta aberrante que ha tenido contacto con un médico y para el cual no hay ningún diagnóstico en un sentido aceptable.

También nos hemos enfrentado con problemas existenciales que se manifiestan como síntomas orgánicos, o lo que McWhinney llama síntomas "heterothetic".²⁶ Con mucha frecuencia, nuestro instinto nos hace identificar la conducta de estos pacientes como morbilidad psiquiátrica. Esta etiqueta, perjudicial en muchas ocasiones, ocurre por la falta de rubros para hacer referencia a aquella ansiedad que es natural y normal en gente que siente que su salud y bienestar están amenazados. McWhinney, quién no únicamente ha lanzado el desafío sino

que se a comprometido ha investigar algunas de las soluciones, ha identificado una manera de pensar de los médicos y particularmente de los médicos familiares que requiere ser modificada radicalmente. El concluye que, "La solución de estos problemas pretende producir un efecto no solamente en el modo como los médicos evalúan, manejan y piensan acerca de sus pacientes sino que . . . esto va a permitirnos estudiar la epidemiología de la práctica médica de tal manera que nos provea de registros mucho más exactos de los hechos".²⁶

En la formación del médico familiar que desempeñará un papel clínico contemporáneo debemos atender más estrechamente a lo que él necesita conocer de las distintas disciplinas que en su trabajo se sobreponen y para las que servirá de puente. Esta necesidad obliga a decisiones difíciles por parte de aquellos que proyectan el curriculum para el nuevo médico familiar. Si rechazamos la idea de que el médico familiar debe ser un policía de tránsito y se ofrece el modelo alternativo de un director de orquesta, las implicaciones son profundas. El director debe conocer la partitura. Fui cautivado por la descripción del proceso de adiestramiento que me relató un director de orquesta en Canadá. El necesitó aprender a tocar la mayoría de los instrumentos de la orquesta, tres o cuatro de ellos con gran habilidad, muchos de ellos en forma quizá un tanto cuanto torpe pero adecuada. Su formación en estos papeles especializados es breve e infrecuente pero él entiende y sabe lo suficiente acerca del papel de cada uno de los músicos para poder controlar el grupo. Por tanto, como un generalista, él coordina la producción de música, acompañado por un gran número de especialistas, cada uno de los cuales actuando en forma independiente, en ese contexto, tendría un papel poco significativo.

Una de las dos palabras con que se designan a esta disciplina es "familia". ¿Cuáles son las implicaciones de esta palabra en la práctica clínica del médico familiar? La estructura y función de la familia determina en forma importante el estado de salud y bienestar de cada uno de sus miembros. Aunque evidente, con frecuencia el concepto de sistema familiar es descuidado en la descripción o caracterización de la discipli-

na y aún en la planeación de los currícula. El principal interés y responsabilidad del médico familiar como médico general es tratar a cada uno de sus pacientes según vayan refiriendo problemas sociales, enfermedades y preocupaciones. Aún cuando el médico familiar, como un generalista, nunca debe descuidar esta tarea central, debe también estar atento a su obligación para con un conjunto de gente y familias con las que ha adquirido responsabilidad. Cuando digo esto, no necesariamente definiendo un papel en la llamada medicina comunitaria, cualquiera que pueda ser. Sin embargo, inferiré que la baja posición actual del médico general dentro del sistema social tiene que ver, más que cualquier otra cosa, con sus fracasos para reconocer su responsabilidad con un determinado grupo de personas de las que él es responsable. Con anterioridad cité a Selznick, quien escribió que el líder institucional es el único poseedor de la perspectiva total del sistema.²¹ Necesitamos revivir la idea de lo que denominaré la jurisdicción clínica, cuyos miembros son bien conocidos por el médico familiar durante un largo periodo de tiempo. Ni modelo favorito de este enfoque es una persona que por casualidad ha estado entre los primeros epidemiólogos clínicos que se dedicaron a la atención primaria, Dr. Will Pickles de Wensleydale, Inglaterra. Aun cuando fue famoso en todo el mundo por la investigación derivada de reuniones clínicas alrededor de su práctica rural, no fue sino hasta la edad de 42 años cuando registró los detalles de la incidencia de las enfermedades infecciosas, persistiendo en esta tarea durante 25 años. Aunque él no utilizó el término de jurisdicción clínica, si captó las ideas maravillosamente en uno de los pasajes que escribió.

“Recuerdo un atardecer particularmente encantador a principios del verano, cuando escalaba solo la cima de una de nuestras nobles montañas. El sol estaba ocultándose y alumbraba la formidable torre de un viejo castillo, alguna vez prisión de la reina más infeliz de la historia; nuestro pequeño lago parece yacer a mis pies y una a una visualizo la mayoría de nuestras grisáceas villas con su delgado manto de humo. Mientras yo miraba el tren nocturno deslizarse hacia arriba del valle con sus pausas en nuestras

tres estaciones, un bello pensamiento vino a mi mente, escasamente había un hombre, mujer o niño en todas esas villas del que yo no sabía su nombre cristiano y con quién yo no tenía ninguna amistad. Mi esposa y yo dijimos que conocíamos la mayoría de los perros y, por supuesto, algo sobre los gatos”.²⁷

La movilidad tanto de las poblaciones como de los médicos, particularmente en áreas urbanas, hace difícil y en ocasiones imposible, imitar al Dr. Will Pickles hoy en día. Pero la falta de énfasis en la importancia de la comunidad clínica como una jurisdicción, como el foco de atención del médico familiar capacitado que coordina todos los recursos inmediata o remotamente disponibles para la atención y la curación, quién conoce su “rebaño” y aplica este conocimiento en el ejercicio del juicio clínico cuando se enfrenta con los problemas de los individuos, es lamentable. Afirmar el mérito intelectual de la medicina familiar está en última relación con el reafirmar la dimensión de la comunidad en la práctica del médico familiar, como ha sido reconocido por el Dr. Pickles y muchos otros en todo nuestro continente que si bien son menos conocidos, no son menos calificados.

En investigación

Uno de los principales desafíos para el investigador en el laboratorio es la hipótesis.²⁵ Debido a los recientes avances en farmacología, cirugía, bioingeniería, y otras disciplinas, no hay escasez de hipótesis para la investigación clínica. El principal desafío para la investigación clínica es en el dominio de la cuantificación, medición, validación, y clasificación de la información clínica, a diferencia de la información paraclínica, como por ejemplo los datos de laboratorio. Las ciencias clínicas entre otras, han sido abandonadas particularmente con respecto a la calidad de los datos. Aún cuando el impacto de algunos teóricos de los años 1920s y 1930s en la tradición de Fisher ha tenido un efecto positivo en la calidad de las investigaciones en estas “ciencias aplicadas”, los resultados más sobresalientes parecen apuntar hacia una mayor confianza en la elaboración de análisis estadísticos más que en un proceso esmerado que asegure datos adecuados e idóneos.

En la investigación de atención a la salud el desafío hoy en día consiste en desarrollar un método científico aceptable desde el principio. Hasta ahora, las hipótesis han sido simples, y pueden ser caracterizadas en forma general por la pregunta: "¿Quién debe hacer qué y a quién?". Los métodos de investigación de la atención a la salud, particularmente aquellos aplicados a la atención primaria, aún son bastante primitivos.²⁵ Necesitamos dedicar esfuerzos académicos sistemáticos a todas las facetas de los métodos de investigación empleados en este campo.

El investigador en medicina familiar debe aumentar sus conocimientos sobre las contribuciones necesarias y potenciales a la ciencia e investigación clínica. Hasta la fecha, el sujeto de estudio de la mayoría de los investigadores clínicos ha sido el derechohabiente sano de las instituciones de salud, o el usuario de servicios institucionales. El médico familiar tiene una perspectiva distinta y la obligación de estudiar a los seres humanos en su ambiente natural, de estudiar en forma íntegra, poblaciones no institucionalizadas por largos períodos, observando las transiciones del estado de salud al de enfermedad y nuevamente al estado de salud, con la oportunidad única para observar, en primera instancia, muchos de los fenómenos concurrentes que afectan la salud y la enfermedad, tales como la familia, el empleo, la vivienda y la exposición a factores de riesgo.

Algunas de las áreas prioritarias para la investigación en medicina familiar son los estudios de estandarización enfocados a fenómenos clínicos tales como la cuantificación del dolor y de la calidad de vida, el desarrollo de criterios explícitos para el manejo clínico adecuado de condiciones cuidadosamente definidas, la demarcación de las molestias presentes y sus combinaciones en comparación con la rigidez de un diagnóstico, una taxonomía para las conductas asociadas con las enfermedades diagnosticadas o percibidas,²⁶ la estratificación de pacientes según su pronóstico,²⁸ y la estandarización de los clínicos como observadores fidedignos. Cada una de estas actividades ocuparían toda la vida de un trabajador inteligente.

Una segunda área que requiere buena parte de investigación se refiere a los determinantes

familiares de la salud y la enfermedad. Existen muchas teorías derivadas de la psicología, la sociología, la psiquiatría e inclusive de la medicina clínica. Muy pocos trabajos se han realizado en que los investigadores hayan hecho observaciones en el campo y que hayan definido los datos que es necesario reunir y resumir para poder llegar a conclusiones basadas en información sólida. Desde la perspectiva de los pediatras y de la atención infantil, I.B. Pless y B. Satterwhite escribieron:

Uno de los aspectos más importantes en pediatría es el énfasis que se dá a la unidad familiar. Pocos trabajadores de la salud infantil puede negar que la calidad de la vida familiar está íntimamente relacionada con la salud de los niños. Sin embargo, muy poca atención se ha prestado a la familia como objeto sistemático de estudio por aquellos interesados en la investigación de la atención médica . . . hasta la fecha, se han desarrollado muy pocos sistemas para la descripción o clasificación de las familias, útiles clínicamente. Aparte de simples juicios evaluativos como "bueno", "problema", "multiproblema", o "desorganizado", los clínicos son generalmente incapaces de describir objetivamente a las familias que ellos atienden. Además, muy poca investigación se ha dedicado a examinar las relaciones entre las familias —su estructura y funcionamiento— y la salud y desarrollo del niño.²⁹

Desde el punto de vista de J.C. Cassel, fallecido profesor de epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte, estos comentarios son aplicables en el campo de la Medicina Familiar tanto en lo que se refiere a los adultos como a los niños. El escribe muy apropiadamente que la idea de la familia como una unidad dentro de la consulta "con frecuencia se cumple pero rara vez es vista como algo más que la suma de sus partes. En cuanto que la familia es considerada como un todo en tales servicios, en términos de "juicios simplemente evaluativos". . . o quizá más frecuentemente, el hecho de que todos los miembros de una familia sean seleccionados para ser atendidos en el mismo programa se toma como evidencia de que el servicio está orientado desde el punto de vista familiar".³⁰

El área de evaluación de la calidad de la atención médica, o lo que es llamado “quality assurance” en los Estados Unidos, demanda un mayor acometimiento con un importante sesgo clínico. El líder en medicina, que tiene la perspectiva total del sistema y que expande todas las demás subdisciplinas imbricadas en su disciplina está en una posición especialmente favorable para hacer una importante contribución. Las aportaciones más importantes hechas hasta la fecha en Canadá en este campo, han sido aquellas de médicos familiares que, en colaboración con epidemiólogos especialistas en metodología y colegas en otros campos, desarrollaron un método práctico, cuantificable, replicable y barato.³¹ Estos logros son solamente el comienzo pero constituyen un paso muy importante.

La relación a largo plazo de los médicos con los pacientes y familias constituye un escenario ideal para el estudio de la historia natural de la enfermedad. Esta observación es útil no sólo como fuente de datos descriptivos en relación al curso de la enfermedad humana (ejemplificado muy bien por médicos generales como T. Sydenham,³² W. Pickles,²⁷ y J. Fry,³³ sino que también proporciona muchos de los datos necesarios para la función pronóstica del médico practicante.

Las siguientes son preguntas relacionadas con la medicina preventiva y diagnóstico temprano de urgente interés para la medicina familiar. ¿Hasta qué punto la medicina preventiva realmente previene las enfermedades? Una vez que el drenaje y el agua potable han sido asegurados y que, niños y adultos son inmunizados contra las antiguamente mortales enfermedades infecciosas, ¿qué más haremos para prevenir que en realidad sea provechoso? Muchos de nosotros no tenemos idea. Dudamos inclusive acerca del valor del examen médico periódico y de su papel específico en la detección de las enfermedades en un período asintomático. ¿Tiene algún valor para el paciente la detección temprana y el diagnóstico en estado presintomático? Algunos están ampliamente convencidos de que, lejos de tener algún valor, el diagnóstico tardío beneficia más al paciente que un diagnóstico temprano. Pero esto aún continúa siendo hipótesis y teorías, que necesitan ser probadas

empíricamente en el campo. El médico general debe participar tanto en la planeación como en la ejecución de los experimentos.

La investigación acerca de la atención a la salud debe cambiar, de los triviales estudios de tipo descriptivo y de las confirmaciones “post-hoc”, a los ensayos sobre atención a la salud y a los estudios de casos y controles que examinen problemas de crucial importancia, tales como el análisis de las repercusiones del uso de hospitales sobre la salud, el conocimiento de si la educación para la salud afecta el estado de salud de una manera que sea susceptible de ser medida, y si los exámenes de detección masiva para condiciones tales como el cáncer de la mama o cáncer de colon beneficia o perjudica aquellos expuestos a este tipo de programas. Ya que la profesión médica y la sociedad aumentan su interés por conocer los riesgos, el costo-beneficio de los agentes terapéuticos modernos, ellos mismos demandarán una valoración racional de estos agentes con datos que se refieran a la totalidad de la atención médica. En muchos ensayos terapéuticos convencionales tanto las maniobras alternativas probadas como las variables bajo estudio tendrán que ir más allá de los datos clínicos fundamentales e incluir componentes socio-personales de la atención a la salud. Estos datos adicionales convertirán a los ensayos clínicos ordinarios en ensayos sobre atención a la salud que proveerán a los pacientes, los médicos, y al público, de información vital necesaria para la toma de decisiones críticas.³⁴

El médico familiar, en contacto diario con gran número de personas que solicitan ayuda por primera vez, se preocupa por los efectos contraproducentes de los más importantes avances científicos, tales como el incremento sin precedente de modalidades terapéuticas. Verdaderamente, a veces es abrumado por los problemas masivos que la era de la tecnología ha producido y que afecta a la sociedad. Participando activamente en la ampliación del alcance de la evidencia científica, asegurando que los elementos sociopersonales de la atención médica estén incluidos en ensayos terapéuticos y estudios de casos y controles, e insistiendo en que se guarde el máximo rigor científico posible, el médico familiar, ya sea en el centro académico o en la

práctica, puede ayudar a restablecer un balance terapéutico en la investigación médica que será de utilidad tanto para las necesidades de la ciencia como de la sociedad.^{3 4}

¿Cuál es la base científica de la medicina familiar? Mi punto de vista al describir la disciplina, deja a un lado la división y enfatiza la integración y la unión, lleva a cabo la tarea de identificar al componente científico aún más difícil de lo que pudiera ser una aproximación descriptiva. Esto se convierte en un asunto no de decidir que incluir o que excluir sino de saber donde se debe enfatizar. Claramente, las ciencias básicas biológicas convencionales son pertinentes para la medicina familiar. De la misma manera, las ciencias de la conducta tales como la antropología, la sociología, y la psicología tienen relevancia para la medicina familiar en diversos grados, dependiendo del papel del médico y del lugar en el que vaya a ejercer. Existen dos dominios de estudio que juntos pueden y deben constituir el fundamento principal de la tarea científica en la medicina familiar. Estos son el de las ciencias clínicas, o "clinimetrics" (definido por A.R. Feinstein), y el de la epidemiología.

En su célebre artículo, "¿Qué clase de ciencia básica para la Medicina Clínica?" Feinstein recuerda a los clínicos, en el campo general y a los subespecialistas, que cada acto clínico que incluye evaluación y tratamiento del paciente, tiene muchos de los atributos de un experimento. No es posible superar la descripción de Feinstein acerca del trabajo que es necesario llevar a cabo para mejorar los procedimientos y establecer los criterios para tales experimentos.

En relación a la reproductibilidad de los datos, necesitamos estudios para identificar, estandarizar y eliminar las fuentes de variación del observador . . . Después de dos milenios de practicar y enseñar técnicas de examen "no estandarizadas", es hasta recientemente que los médicos han empezado a reconocer la necesidad de explorar y mejorar la calidad y precisión de sus procedimientos.

No necesitamos solamente mejorar la objetividad y precisión del examen descriptivo, sino también establecer criterios rigurosos para los estándares utilizados para interpretar los datos

primarios . . . , no existe una fuente autorizada en la que el científico clínico pueda encontrar el criterio para decidir cuando un bazo esta aumentado de tamaño o cuando son normales los soplos cardíacos o para estimar la prevalencia del signo de Chvostek en gente sana o para determinar la extensión usual de la matidez del área hepática a la percusión.

En cuanto a la clasificación de los datos, necesitamos establecer una taxonomía efectiva para muchas clases de datos médicos de importancia que generalmente no son analizados en forma rigurosa debido a que no existen métodos o sistemas formales para clasificarlos. . .

En la identificación de los pacientes, generalmente no existen criterios clínicos diagnósticos que sean aceptados en forma uniforme en relación a la mayor parte de las enfermedades. . .

En la identificación de los resultados de un tratamiento, no han sido establecidos de manera sistemática índices efectivos y criterios para valorar los logros post-terapéuticos. Por ejemplo, regularmente los médicos hablan del tratamiento "paliativo" del cáncer, pero nosotros no valoramos el efecto sobre el paciente en términos de alivio del dolor, o de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria; usualmente sólo valoramos el tiempo de sobrevivencia, la cuenta de células blancas o el tamaño del tumor.^{3 5}

Feinstein establece además:

¿Cuáles son algunas de las disciplinas básicas que los clínicos necesitan aprender como preparación para este tipo de investigación? Ciertamente debemos ser capaces de utilizar las palabras del lenguaje con precisión, claridad y posibilidad de convertir nuestras observaciones en datos verbales; necesitaremos conocer los principios y símbolos de la lógica para convertir esos datos verbales en clases y categorías claramente designadas; . . . tener familiaridad con suficientes conceptos estadísticos para evitar ser impresionado con sus misterios, y ser engañado con aquellas teorías que son poco realistas e inapropiadas para actividades clínicas; y debemos aprender lo suficiente sobre computadoras para hacerlas nuestras esclavas más que maestras. Pero sobre todo, este tipo de investigación requerirá de experiencia, conocimiento y juicio

que se obtiene únicamente del trabajo clínico directo con pacientes. He aquí un nuevo tipo de ciencia que el clínico no puede trasplantar de un laboratorio, y que tendrá que desarrollar por sí mismo, utilizando sus propios talentos de observación, sus habilidades clínicas, a los pacientes quienes son su material clínico y a su propio cerebro.^{3 5}

Epidemiología, el segundo soporte científico de la medicina familiar, es el estudio de los determinantes de la salud y de la enfermedad en el hombre. Sus métodos son característicos en tanto que la evidencia reunida proviene de un grupo de hombres, algunas veces poblaciones numerosas, observadas durante largos períodos de tiempo. La epidemiología clínica enfatiza el estudio de los problemas poblacionales que intervienen en la toma de decisiones ya sea en la cabecera del enfermo o en el consultorio. La importancia de la epidemiología, particularmente de la epidemiología clínica, para el médico familiar es nuevamente obvia, si no es que sorprendente. Pero la epidemiología está llena de trampas para los incautos; aún está dominada por investigadores que usualmente están muy alejados de la realidad de las decisiones clínicas. El investigador que desee aplicar los métodos epidemiológicos en la investigación clínica debe adquirir un profundo conocimiento del poder y las debilidades del método de epidemiológico e inyectar la experiencia clínica, sin sentirse intimidado, por los colaboradores de las áreas cuantitativas.

Conclusión

No tengo duda sobre el mérito intelectual de la medicina familiar. Si los médicos familiares dentro y fuera de los centros académicos han demostrado esto a través de su trabajo como científicos y como médicos, está abierto a discusión. Si esto suena a riguroso criticismo de la disciplina que practico, estudio y represento, esa es mi intención, pero es la crítica de uno de los de dentro, de un amigo profundamente preocupado por la debilidad del fundamento científico de muchos programas académicos elaborados en ambos lados de nuestra frontera. Igualmente rigurosas y no tan bien motivadas, son las críticas expresadas por nuestros enemi-

gos, en relación a la medicina familiar. Algunos de los ataques están dirigidos a la falta de tradición en nuestro campo. La situación me recuerda a Ificrates, el general ateniense hijo de un zapatero. Cuando un descendiente de Harmodius reprochó al general su innoble nacimiento, Ificrates contestó, "La nobleza de mi familia comienza conmigo; la nobleza de la tuya termina contigo". La crítica que padecemos puede y espero creará, una situación favorable para nosotros mientras se reintegra la medicina familiar a la corriente principal de la medicina en Norte América, y más importante aún, a la corriente principal de la medicina académica de Norte América. En la obra "Twelfth Night" de Shakespeare, el payaso dice: "Señor, ellos me alabaron e hicieron de mí un asno; ahora, mis enemigos me dicen abiertamente que soy un asno: de esta manera mis enemigos, señor, me benefician en el conocimiento de mí mismo".

Al confrontar las piedras de la crítica, tenemos dos alternativas: tener sospechas de los motivos de todo el mundo, tomarlos y regresarlos; o reunir las piedras y usarlas para construir puentes para una disciplina que incrementará la ciencia y la destreza práctica, y permanecerá como uno de los monumentos al valioso esfuerzo humano de este siglo. □

Referencias

1. Stevens, R.: American Medicine and the Public Interest. New Haven, Yale University Press, 1971, p. 181.
2. Cambridge Research Institute: Trends Affecting the U.S. Health Care System. U.S. Government Printing Office, Washington: DHEW Publication No. HRA 76-14503, 1976, p. 360.
3. Pless, I.B.: The changing face of primary pediatrics. *Pediatr. Clin. North Am.*, 21:229, 1974.
4. Rakel, R.E.: Training of family physicians. *J. Med. Educ.*, 50:149, 1975.
5. Health and Welfare Canada: Canada Health Manpower Inventory, Ottawa, 1974, pp. 112-127.
6. Spitzer, W.O., Hackett, B.C., y Goldsmith, C.H.: Career choices of physicians 15 years after entering medical school. *Can. Med. Assoc. J.*, 112:468, 1975.
7. Roos, N.P.: Career and training patterns of students entering Canadian medical schools in 1965. *Can. Med. Assoc. J.*, 112:65, 1975.
8. Kraus, A.S., Botterell, E.H., Einarson, D.W., y Col.: Initial career plans and subsequent family practice. *J. Med. Educ.*, 46:246, 1971.
9. Rusted, I.E., Roberts, K.R., y Cox, A.R.: A combined 3 year and 4 year medical program with modified admission requirements. *Can. Med. Assoc. J.*, 108:1420, 1973.