

University of Western Ontario
Ciclo de Conferencias Anuales en Homenaje al Dr. Ian McWhinney

¿En el futuro la gente tendrá médicos personales?*

Larry Green M.D.

London, Ontario, 20 de Septiembre, 2017

**Artículo publicado en Canadian Family Physician Dic.2017.
Traducción Dr. Julio Ceitlin - Marzo 2018*

En 2005, David Foster Wallace contó una breve historia como parte de un discurso de graduación.

Dos peces jóvenes están nadando y se encuentran con un pez más viejo que nada en dirección contraria; éste los saluda y dice: "Buenos días, chicos. ¿Cómo está el agua?" Los dos peces jóvenes nadan un poco, y finalmente uno de ellos mira al otro y le dice "¿Qué demonios es el agua?"¹

El punto de esta historia de los peces es simplemente que las realidades más obvias e importantes son a menudo las más difíciles de ver y hablar sobre ellas.¹ Es posible que una de las realidades más obvias e importantes en la atención médica sea la más difícil de ver y hablar en nuestro entorno actual, el médico personal y su papel, si es que hay alguno, en el futuro sistema de atención de la salud adecuadamente diseñado.

Una medicina materialista y mecanicista

El entorno actual es notable por las revisiones generalizadas sobre la estructura, los procesos y el valor de atención médica actual y futura, a nivel internacional; y sobre la mejor forma de organizar y pagar la atención médica a medida que se suceden las transiciones de la medicina, desde la era industrial a la era de la información en un mundo globalizado. Este parece ser uno de esos cambios que se suceden en la práctica de la medicina, cada siglo aproximadamente, con no pocos retoques y ajustes. En mi país, los Estados Unidos, hay declaraciones diarias sobre la falta de calidad, seguridad y asequibilidad de la atención médica; hogares médicos; organizaciones responsables de la atención; trabajo en equipo interprofesional; registros médicos electrónicos; y la permanente demanda de la evaluación. La innata fascinación humana por lo nuevo y novedoso ha dirigido nuestra imaginación colectiva hacia intervenciones genéticas destinadas a personalizar el cuidado de la salud para cada individuo con tratamientos creados en fábricas, con robots que brindan cuidado y confort, y computadoras que superan a los médicos y quizás reemplazan la mayor parte de la necesidad de radiólogos, patólogos y tal vez, terapeutas físicos y conductuales. Parece que hay cientos de servicios autodeterminados y habilitados a través de dispositivos conectados e impulsados intermitentemente por inteligencia artificial, y hay por cierto un gran interés en las demostraciones que nos representan interactuando con personas y pacientes con fines terapéuticos y de diagnóstico.

Al mismo tiempo, hay una relativa falta de información y de presentaciones sobre el rol y el lugar de las relaciones humanas en los cuidados de la salud. Es excepcional, detectar al médico personal histórico y su papel, en las actuales publicaciones y en conversaciones, aún cuando las películas, revistas y medios de comunicación reflejan las tribulaciones que enfrentan las personas cuando deben atravesar los vericuetos,

detallados, costosos y complicados de la atención médica. En resumen, en medio de mucho ruido sobre cambio e innovación, hoy parece haber poca atención y pocos esfuerzos en curso para garantizar que las personas tengan un médico personal. Quizás el médico personal ya no es necesario o deseado y puede ser relegado a ser otro trasto en la historia de la medicina.

El medio actual también se distingue por una aceptación persistente, tal vez sin reconocerlo, del taylorismo. Recordemos que Frederick Taylor se hizo conocido como el "padre de la gestión científica" y también como el "experto original de la eficiencia". Él creía que los componentes de cada tarea podían y debían ser científicamente estudiados, medidos, sincronizados y estandarizados para maximizar la eficiencia y el beneficio. Un elemento central del sistema de Taylor es la idea de que hay una mejor manera de hacer cada tarea y que es responsabilidad del gerente garantizar que ningún trabajador se desvíe de ella. Taylor afirmó que, "En el pasado, el hombre ha sido el primero; en el futuro, el sistema debe ser el primero."² Hartzband y Groopman se refirieron recientemente al taylorismo afirmando que,

El taylorismo médico comenzó con buenas intenciones: mejorar la seguridad y la atención del paciente. Pero ... ha ido demasiado lejos. Para continuar capacitando a médicos excelentes y brindar a los pacientes la atención que desean y merecen, debemos rechazar su aplicación general ... Necesitamos reconocer dónde los esfuerzos de eficiencia y estandarización son apropiados y dónde no. La buena asistencia médica requiere tiempo, y no hay una manera mejor de tratar muchos desórdenes. Cuando se trata de medicina, Taylor estaba equivocado: "el hombre" debe ser el primero, no el sistema.²

Se puede ver que el taylorismo es una parte de lo que Walter Brueggemann³ ha denominado "totalismo", una realidad que nos envuelve a todos, más bien como la de los peces jóvenes que fueron engullidos por el agua. El totalismo, según Brueggemann, siempre trata de acallar todas las voces o posibilidades que están fuera de sí mismo, lograr un "silenciamiento", tal vez similar al silenciamiento del discurso sobre el médico personal. El totalismo exhibe una falta de voluntad para aceptar alternativas. Estados Unidos ejemplifica un totalismo como un estado de seguridad nacional comprometido con un alto nivel de consumo y adquisición de cosas, tolerancia al abuso ambiental, y el excepcionalismo estadounidense. Los Estados Unidos están comprometidos con la ideología del mercado, de donde proviene el valor y la necesidad de anuncios de médicos, seguros de salud, hospitales, medicamentos y dispositivos. Brueggemann también afirma que ese totalismo resulta en clases de privilegio y pobreza y "gente desechable", prescindible, y que prevalece a través de recordatorios atemorizantes y la susceptibilidad humana a las promesas de mantenerse seguro y feliz. Esto es como las circunstancias que se daban en los Imperios de Egipto, de Babilonia y Roma, y en las elecciones nacionales de 2016 en los Estados Unidos. El totalismo quiere memos y cifras de producción, y no ambigüedad o poesía.³

Me parece que la ambigüedad y la poesía, así como la tragedia, la intimidad y la trascendencia, son parte de la medicina, dentro del dominio y la experiencia vivida por los médicos personales. Preguntar si la gente tendrá un médico personal y qué es bueno

para él o ella podría escucharse como "una voz desde afuera" de la evolución actual de la medicina que parece estar dominada por un énfasis en productos y ganancias y un descuido de las relaciones personales y, en realidad, del cuidado de los pacientes. Algunos lo han llamado "la McDonaldización de la medicina".⁴

La medicina de las relaciones

El Dr. Ian McWhinney pensó profundamente sobre lo que significa ser una persona y ser un médico comprometido a ayudar a las personas en una relación continuas. Presentó su pensamiento a través de enseñanzas, modelos de roles y escritos, y es para nosotros un honor honrarlo hoy mediante la incorporación de algunas de sus ideas en nuestras consideraciones sobre la persona y el médico.

En 1975 en el *New England Journal of Medicine*,⁵ el Dr. McWhinney afirmó que si bien todos los médicos tienen algún compromiso con las personas,

"el tipo de compromiso del que estoy hablando implica que el médico se quedará con una persona cualquiera sea su problema, y lo hará porque su compromiso es con las personas más que con un cuerpo de conocimientos o una rama de la tecnología ... La medicina de este siglo ha sido la medicina de las entidades más que la medicina de las relaciones ... La medicina siempre refleja los valores de la sociedad a la que sirve. Una sociedad materialista y mecanicista debe esperar tener un enfoque materialista y mecanicista de la medicina. Si la ciencia es exclusivamente reductiva y atomista, y mantiene una ilusión de objetividad, la ciencia médica tenderá a serlo igualmente."⁵

Luego, citando a Lewis Mumford, el Dr. McWhinney acordó que

"nuestras máquinas se han vuelto gigantescas, poderosas, auto-operativas, contrarias a los estándares y propósitos verdaderamente humanos; nuestros hombres, desvitalizados por este mismo proceso, ahora están empequeñecidos, paralizados, impotentes. Solo restaurando la primacía de la persona y la experiencia y las disciplinas que intervienen en la formación de personas se puede superar ese desequilibrio fatal..."

Entonces propuso elocuentemente:

"Para restaurar la primacía de la persona, uno necesita una medicina que coloque a la persona en toda su integridad en el centro del escenario y no separe la enfermedad del hombre y al hombre de su entorno, una medicina que haga que la tecnología sea un firme subordinado a los valores humanos, y mantenga un equilibrio creativo entre generalista y especialista."⁵

Gran parte del legado de McWhinney se centró en el enfoque centrado en el paciente, la naturaleza de una disciplina y las características esenciales de la medicina familiar, las falacias que promueven la sobreespecialización y la falta de generalización, y un profundo respeto por los seres humanos. Escribió sobre las condiciones que podrían

provocar ideas revolucionarias y la implementación completa de la atención centrada en la persona.

Creo que hubiera acogido con beneplácito y respaldado una mayor consideración del "médico personal". Examinemos algunos trabajos previos relacionados con el médico personal.

Un amigo con conocimiento especial

Primero, convengamos que nuestra pregunta es el eco de consideraciones previas hechas durante décadas. Por ejemplo, mientras el Dr. McWhinney observaba la atención apropiada que se daba en Inglaterra, Estados Unidos y Canadá en la década de 1960, el Group Health Insurance Inc., de Nueva York, estaba convocando simposios sobre temas de salud cruciales en los Estados Unidos, incluido uno publicado en 1964 que se centró en el futuro del médico personal.⁶ Este informe expresa lo siguiente:

Existe una creciente preocupación de que la fragmentación de la atención entre muchas especialidades pueda poner en peligro la relación personal entre médicos y pacientes, construida como debe ser, sobre la cooperación a largo plazo, tanto en la salud como en la enfermedad. Cada vez más nos damos cuenta de que una relación tan cercana puede significar diagnósticos más rápidos y precisos, y también tratamientos más efectivos. Además, aunque los médicos tienen menos "tiempo para escuchar", los pacientes tienen mayores expectativas de la medicina y demandan más de sus médicos.⁶

Estas palabras de 1963 podrían haber sido pronunciadas hoy en los pasillos de cualquier escuela de medicina en América del Norte y consideradas de actualidad. Regresemos al pasado más reciente. Muchos de ustedes ya conocen un emprendimiento en marcha llamado "Medicina Familiar para la Salud de los Estados Unidos", y algunos de ustedes participan en el mismo y conocen su sigla: FMAH.

FMAH es fruto de las principales organizaciones nacionales de medicina familiar en los Estados Unidos. Sigue los pasos del Proyecto "Futuro de la Medicina Familiar" (conocido familiarmente como FFM) que fuera precipitado por la conclusión de la tercera Conferencia Keystone, de que no había mucho futuro para la medicina familiar a menos que se hicieran revisiones sustanciales a la forma en que los médicos de familia son capacitados y la practican.⁷ El FFM fue beneficiario del liderazgo canadiense en la definición de "hogar médico" y el grupo de servicios disponibles en una plataforma de entrega de servicios de salud local. De hecho, hubo muchos éxitos originados en el FFM, pero en general, el renacimiento imaginado sigue siendo difícil de alcanzar. Se ha producido una erosión continua del número de personas que tienen un recurso habitual de atención y, en cambio, mas personas tienen hoy un recurso de atención habitual determinado por un sitio en lugar de un médico en particular. Ha habido una expansión del número y tamaño de las facultades de medicina sin un reavivamiento del interés de los estudiantes por la medicina familiar y la atención primaria, y una continuada

disminución de las prácticas de médicos de familia e internistas generales. Persiste una brecha de ingresos cada vez mayor entre especialidades médicas, favoreciendo a las especialidades que producen productos básicos, y muchas de ellas forman corporaciones con el objeto de convertirse en una entidad que brinda atención integral y domina el mercado. Se están realizando nuevos experimentos sobre cómo pagar la atención médica. Las estimaciones del porcentaje del gasto total en salud que se dedica a la atención primaria varía, tienden a ser de aproximadamente 6% a 7%, llegando al 11% en ciertas localidades. Estos desarrollos han estado acompañados por el surgimiento de muchos médicos malhumorados y una población confundida acerca de cómo la atención médica puede ser tan costosa e insatisfactoria y tan difícil de alcanzar para muchos.

En este entorno y como paso preparatorio para FMAH, las organizaciones nacionales de medicina familiar de los Estados Unidos realizaron un ejercicio riguroso para definir el papel futuro del médico de familia, restringiendo la definición a menos de 100 palabras. Fue un trabajo duro, pero superó las expectativas.⁸ La definición seleccionada es la siguiente:

Los médicos de familia son médicos personales para personas de todas las edades y condiciones de salud. Son un primer contacto confiable para las preocupaciones sobre la salud y abordan directamente la mayoría de las necesidades de atención médica. A través de una asociación duradera, los médicos de familia ayudan a los pacientes a prevenir, comprender y manejar enfermedades, navegar por el sistema sanitario y establecer metas de salud. Los médicos de familia y su personal adaptan su atención a las necesidades únicas de sus pacientes y comunidades. Usan los datos para monitorear y administrar su población de pacientes, y aplican la mejor ciencia para priorizar los servicios que con mayor probabilidad benefician la salud. Son los líderes ideales de los sistemas de atención médica y socios para la salud pública.⁸

Para contextualizar y contrastar aún más este papel declarado de la experiencia vivida por la mayoría de los médicos de familia, también fue desarrollada una "definición indeseable" :

El papel del médico de familia de EE. UU. es proporcionar atención ambulatoria, episódica, en bloques de 15 minutos con continuidad casual, y cuidados de alcance reducido. El médico de familia entrega la coordinación del cuidado a los administradores separándose de las prácticas, y trabaja en equipos pequeños, mal definidos, cuyos miembros tienen poca capacitación y escasas relaciones profundas con el médico y los pacientes. El médico de familia actúa como agente de un sistema más amplio y su papel es proveer pacientes a los servicios de subespecialidades y a las camas hospitalarias. El médico de familia no es responsable del manejo del conjunto de sus pacientes, de la salud de la comunidad ni de la colaboración con la salud pública.⁸

Como se puede ver, la definición que se considera deseable depende de que el médico de familia sea un médico personal, mientras que la definición indeseable, no.

Entonces, ¿qué es un médico personal? Una explicación está disponible en los escritos de otro contemporáneo del Dr. McWhinney, T.F. Fox, en su trabajo de 17 páginas publicado en Lancet en 1960.⁹

El médico que tenemos en mente, entonces, ya no es un médico general y de ninguna manera un médico de familia. Su característica esencial, sin duda, es que está cuidando a las personas como personas y no como problemas. Es lo que nuestros abuelos llamaron "mi asistente médico" o "mi médico personal"; y su función era satisfacer lo que realmente es la necesidad médica primaria. Una persona en dificultades quiere en primer lugar la ayuda de otra persona en la que pueda confiar como un amigo, alguien con conocimiento de lo que es factible pero también con buen juicio sobre lo que es deseable en las circunstancias particulares, y el correcto entendimiento de cuáles son esas circunstancias. Cuanto más compleja se vuelve la medicina, más fuertes son las razones por las cuales todos deberían tener un médico personal que asuma la responsabilidad continua por el paciente, y, sabiendo cómo vive, podrá mantener las cosas debidamente proporcionadas, protegiéndolo, si es necesario, de los celosos especialistas. El médico personal no sirve a menos que sea lo suficientemente bueno para justificar su status independiente. Un atributo irremplazable de los médicos personales es la sensación de cálido trato personal y su preocupación por el paciente, la sensación de que el médico trata a las personas, no a las enfermedades, y quiere ayudar a sus pacientes no porque presentan problemas médicos interesantes sino porque son seres humanos que necesitan ayuda.¹⁰

Esta definición del médico personal extraída del artículo del Dr. Fox, de 1960, fue la base de la preparación del Proyecto de innovación educativa ***Preparing the Personal Physician for Practice***: - Preparar el Médico Personal para la Práctica - patrocinado por, el Consejo de Medicina Familiar y la Asociación de Directores de Residencias de Medicina Familiar, de los Estados Unidos, quienes invitaron a las residencias a rediseñar, hasta donde su imaginación les permitiera, la formación de un gran médico personal.¹⁰

Hay otra definición del médico personal por la que tengo un gran afecto, atribuida al famoso autor John Steinbeck, sacado de una carta que escribió a los médicos para explicar qué tipo de médico buscaba después de la muerte de su médico personal. Dijo que estaba buscando a un "*amigo con conocimientos especiales*".¹¹

La persona en el centro del escenario

En el medio que describí y trabajando a partir de la definición de 2014 sobre el rol del médico personal, se celebró en junio de 2015, una cuarta conferencia Keystone patrocinada por la Fundación del Consejo de Medicina Familiar.⁴ La pregunta para esta conferencia fue "¿Qué promesas podrían hacer los médicos personales, que sean apropiadas y posibles de mantener con sus pacientes, para seguir avanzando en los sistemas de servicios de salud transformados?" Los participantes de ese extenso debate eran de diversas disciplinas, tenían antecedentes distintos y pertenecían a varias generaciones. Había representantes canadienses que ustedes seguramente conocen, Rick Glazier, France Légare y Walter Rosser. Los materiales preparatorios, las

grabaciones de todas las sesiones plenarias y breves videoclips útiles en situaciones de enseñanza pueden se puede encontrar en www.gaylestephensconference.com, y los resultados de este ejercicio fueron publicados como un suplemento por la Revista del Consejo de Medicina Familiar (JABFM) y están disponibles gratuitamente en línea (www.jabfm.org/content/29/Supplement_1.toc). Esta conferencia estuvo plena de promesas: de ser confiables, de rendir cuentas, de estar presente, de ser clínicamente competente, de cumplir y disfrutar con los pacientes, de comprometerse a un tiempo no dividido, a mantener un amplio rango de práctica y trabajar con los pacientes para maximizar su salud y bienestar.⁴ Las promesas (juramentos) publicadas están organizadas en la primera tabla del suplemento del JABFM.⁴ Mi favorita, fue ofrecida por los médicos más jóvenes que asistieron, quienes escribieron sobre el patrimonio contracultural de la medicina familiar y redescubrieron el cuidado centrado en las relaciones y la justicia social. Esta promesa comienza con: "Antes que nada, seremos firmes en nuestro compromiso con las relaciones, para allanar la diferencia de poder entre el paciente y el equipo de salud, y estar presentes especialmente en esas transiciones críticas de la atención cuando nuestros pacientes más nos necesitan "¹². Para aquellos de ustedes que piensan acerca de las acciones a tomar en relación con el médico personal, hay un "manifiesto del médico personal " preparado y publicado por los asistentes a la conferencia en el suplemento Keystone IV JABFM.¹³ Para concluir, volvamos a ese simposio de Nueva York en 1963 y a las observaciones de clausura hechas por Charles Frankel, PhD, Profesor de Filosofía en la Universidad de Columbia, N.Y.

Me parece que el médico personal es esencial ... Casi todos los problemas sociales que conozco podrían resolverse fácilmente si no hubiera seres humanos involucrados. Y la mayoría de los problemas médicos también serían fáciles si no hubiera seres humanos involucrados. Serían fáciles porque, incluso si estuvieras equivocado, nada de gran valor se habría perdido. Pero mientras haya seres humanos involucrados, y la presencia del paciente como un ser humano vivo, individual, se toma como una cuestión de importancia, el futuro del médico personal debería estar mejor garantizado⁶.

Yo concuerdo con el Dr. Frankel, y creo que el Dr. Ian McWhinney hubiera estado de acuerdo con él. Espero que muchos de ustedes también. Si no, cual será, a vuestro juicio, la manera en que la futura versión de la práctica médica abordará las necesidades de las personas con problemas que solicitan ayuda médica. ¿Si es así, qué piensan ustedes es necesario para "garantizar" el futuro del médico personal?

Referencias

1. Wallace DF. This is water. Some thoughts, delivered on a significant occasion, about living a compassionate life. New York, NY: Little, Brown and Company; 2009.
2. Hartzband P, Groopman J. Medical Taylorism. N Engl J Med 2016;374(2):106-8.
3. Brueggemann W. Journey to the common good. Louisville, KY: Westminster John Knox Press; 2010.
4. Green LA, Puffer JC. Reimagining our relationships with patients: a perspective from the Keystone IV conference. J Am Board Fam Med 2016;29(Suppl 1):S1-11.
5. McWhinney IR. Family medicine in perspective. N Engl J Med 1975;293(4):176-81.

6. Harlow AH Jr. The health care issues of the 1960's, II: the future of the personal physician. Library of Congress catalog no. 63-21632. New York, NY: Group Health Insurance, Inc; 1964.
7. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL, et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2004;2(Suppl 1):S3-32.
8. Phillips RL Jr, Brungardt S, Lesko SE. The future role of the family physician in the United States: a vigorous exercise in definition. *Ann Fam Med* 2014;12(3):250-5. Erratum in: *Ann Fam Med* 2015;13(4):311.
9. Fox TF. The personal doctor and his relation to the hospital. Observations and reflections on some American experiments in general practice by groups. *Lancet* 1960;1(7127):743-60.
10. Green LA, Jones SM, Fetter G Jr, Pugno PA. Preparing the personal physician for practice: changing family medicine residency training to enable new model practice. *Acad Med* 2007;82(12):1220-7.
11. Steinbeck E, Wallsten R, editors. *Steinbeck: a life in letters*. New York, NY: The Viking Press; 1975.
12. Waters RC, Stoltenberg M, Hughes LS. A countercultural heritage: rediscovering the relationship-centered and social justice roots of family medicine—a perspective from the Keystone IV conference. *J Am Board Fam Med* 2016;29(Suppl 1):S45-8.
13. DeVoe JE, Barnes K, Morris C, Campbell K, Morris-Singer A, Westfall JM, et al. The personal doctoring manifesto: a perspective from the Keystone IV conference. *J Am Board Fam Med* 2016;29(Suppl 1):S64-8.

