

# Perfil de la medicina general en Gran Bretaña

En este número, iniciamos una nueva sección dedicada a la medicina familiar y que aparecerá publicada cada mes en el curso de este año.

El enfoque de la medicina viene cambiando de la especialización y superespecialización a la medicina general y familiar. Es evidente que, en México, se necesitan más médicos generales bien capacitados para encargarse de la atención de primer contacto.

Las mismas instituciones oficiales están impartiendo cursos y formando médicos familiares especialmente preparados para atender los problemas propios de nuestra población.

El encargado de esta sección es el jefe del Departamento de Medicina General y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la UNAM, el doctor Manuel Ruiz de Chávez.

Dr. Manuel Ruiz de Chávez  
Jefe del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, UNAM.

Si bien pueden existir componentes semejantes de los servicios de salud a nivel mundial, también es cierto que no hay copias fieles de otros. Un esquema de soluciones para problemas específicos de los servicios en un país no se debe copiar de otros. Cabe señalar que no existe un patrón universal de servicios de salud que se pueda adaptar en todas las situaciones, por lo que cada servicio tiene que basarse en una experiencia propia y en una adecuada planeación para asegurar al máximo una atención médica eficiente, y poder satisfacer las necesidades de salud de la población. Aun cuando cada país debe desarrollar sus servicios de acuerdo a su propio perfil histórico-social, es evidente que los educadores y prestadores de servicios de salud pueden beneficiarse enormemente a través del estudio comparativo y de las experiencias obtenidas

en el desarrollo de los sistemas de salud en otros países.

Gran Bretaña tiene notable tradición en su servicio nacional de salud, ya que ha demostrado ser eficiente en la utilización de sus recursos. El gobierno británico tiene el gasto público en salud más bajo de los países desarrollados, y logra proporcionar una atención médica integral y de calidad al 100 por ciento de su población, en forma gratuita.<sup>1, 2, 3</sup>

Por otra parte, tanto la opinión pública como los expertos en sistemas de salud han señalado que la medicina general es uno de los componentes más señalados y esenciales de su Servicio Nacional de Salud.<sup>4, 5</sup>

## Organización de la medicina general

El análisis de la organización de la medicina general en Gran Bretaña requiere

considerar algunos cambios ocurridos desde la creación del Servicio Nacional de Salud. Uno de los más significativos ha sido el incremento de los médicos generales que ejercen en grupo. El número de médicos que ejercen solos disminuyó de 62 por ciento en 1961, a 36 por ciento en 1975; los que ejercen en grupos de tres o más aumentó de 38 por ciento a 61 por ciento en los mismos años.<sup>6</sup>

La causa de la generalización de este tipo de práctica puede explicarse por una razón de tipo económico, ya que la práctica en grupo permite pagos adicionales a aquéllos que prestan sus servicios dentro del Sistema Nacional de Salud. Además, los mismos médicos generales están conscientes de que el ejercicio moderno de la medicina requiere de instalaciones, equipo y material apropiado, y del auxilio de personal paramédico y administrativo, apoyo que se puede financiar más fácilmente compartiendo los gastos entre sus compañeros.

Cabe destacar otros beneficios que ofrece la práctica en grupo: asesoría permanente entre los mismos médicos, discusión de los problemas de salud de los pacientes con los miembros del equipo de salud, atención inmediata de las emergencias, y el ofrecer atención médica continua a los pacientes ante ausencias temporales, ya sean por estudios de posgrado, cursos de educación médica continua o inclusive vacaciones.<sup>7</sup>

Otro aspecto, quizás el más importante, es el planteamiento de que un médico general que trabaja aislado de otras profesiones estrechamente relacionadas con la atención primaria no puede prestar una buena atención de este tipo. En los últimos años, han ocurrido grandes avances en los equipos de salud integrados por médicos generales, visitantes de salud, enfermeras comunitarias, parteras y, aunque con más limitaciones, por trabajadoras sociales.<sup>7</sup>

Aun cuando no existe un consenso respecto a la composición ideal del equipo primario de salud, puede observarse que éste difiere de un lugar a otro, dependiendo de una gran variedad de factores demográficos y de otro tipo, entre los que pudieran desta-

carse la morbilidad, ciertos problemas sociales y las facilidades de servicios hospitalarios. Se ha señalado que dos médicos generales, un visitador de salud y una enfermera comunitaria pueden responsabilizarse adecuadamente del cuidado de la salud de alrededor de 5,000 personas.<sup>8</sup>

Se ha emprendido un gran esfuerzo en todo el país, tanto por el Real Colegio de Médicos Generales como por los servicios de salud y las autoridades locales, para lograr que todo médico general ejerza la profesión bajo aquellas normas reconocidas como básicas para dar una buena atención médica: adecuadas instalaciones médicas, uso de personal administrativo —secretaría y recepcionista, adscripción de enfermeras comunitarias y de consultorio, sistema de citas, expedientes clínicos y registros de pacientes, de acuerdo a tipo de riesgo, edad y sexo.<sup>9, 10</sup>

El desarrollo de la práctica en grupo y de los equipos de atención primaria a la salud, junto con la necesidad e inquietud de contar con instalaciones y equipo adecuados al trabajo del personal de salud alrededor de los años 60, generó, una proliferación de centros de salud. Para fines de 1976, estaban en operación alrededor de 705 centros de salud, y se calcula que 16 por ciento de los médicos generales ejercían en estos centros. También sobresale la gran diversidad existente en la organización y en las instalaciones de los centros de salud británicos; por ejemplo, la cantidad de médicos generales que laboran en los centros de salud va desde 3 en los pequeños, hasta 22 en los más grandes. Se espera que los centros de salud continuarán proliferando por un buen número de años ya que, en 1976, estaban en construcción 120 centros.<sup>9, 11</sup>

Existe escasa evidencia científica del beneficio de trabajar en centros de salud y, actualmente, se deja sentir una fuerte corriente integrada por médicos generales y autoridades de salud que lo ponen en duda e intentan valorarlo mediante investigaciones *ad hoc*. Uno de los principales argumentos es el que señala el alto costo de construcción y mantenimiento, comparado con

un mínimo incremento de la eficiencia de sus actividades en la atención médica de los pacientes.<sup>12</sup>

Otro argumento es que los médicos generales ejercen en grupos excesivamente grandes y en instalaciones médicas impersonales, lo que ocasiona que deleguen gran parte de su trabajo a sus colegas o a personas de otras profesiones, y además que las recepcionistas puedan representar una barrera entre el paciente y su médico general. Todo esto genera el ejercicio de una medicina impersonal y burocrática, además de representar una gran dificultad para que el paciente consulte a su médico general, lo que pondría en jaque tanto a la calidad como a los fundamentos esenciales de la medicina general: dar una atención médica personal, accesible y aceptable para el paciente.<sup>12</sup>

### Perfil del médico general

En el curso de los años, el médico general ha sido considerado como aquel profesional de la salud que da atención médica en el propio hogar de los pacientes o cerca de éste y que atiende todo tipo de enfermedades sin límite predeterminado para el espectro de la patología, tanto clínica como social, a la que puede enfrentarse. Su papel es muy ilustrativo en la definición elaborada por el Real Colegio de Médicos Generales Británicos y que señala:

“El médico general es el que proporciona atención personal, primaria y continua a individuos, familias y a una población a la que sirve sin distinción de edad, sexo o enfermedad; atiende a sus pacientes en el consultorio, en sus hogares y ocasionalmente en hospitales; uno de los objetivos de su trabajo es establecer diagnósticos precoces, integrando los diversos factores físicos, psicológicos y sociológicos en sus consideraciones sobre la salud y la enfermedad. Toma la decisión inicial en relación a cualquier problema que se le presente; se hace cargo de la atención continua de pacientes con problemas crónicos, reincidentes o terminales; ejerce en colaboración con otros cole-

### Cuadro 1. Compensaciones y servicios considerados en la remuneración a los médicos generales por sus servicios profesionales

- I. Pago por el número de pacientes registrados con el médico.
- II. Pagos adicionales por:
  - i. área geográfica de la práctica médica
  - ii. práctica de la medicina general en grupo (más de 3 médicos)
  - iii. número de pacientes entre 65 y 74 años, y mayores de 75 años
  - iv. antigüedad como médico general
  - v. formación de posgrado en medicina general
  - vi. cursos de educación médica general
  - vii. servicios especiales:
    - visitas nocturnas
    - citología vaginal
    - inmunizaciones
    - planificación familiar
    - residentes temporales
    - control pre y postnatal
    - partos
- III. Ayuda para el sueldo de las recepcionistas, secretarias y enfermeras, así como para la renta del consultorio.
- IV. Gastos deducibles de impuesto:
  - i. sueldo de la recepcionista, secretaria y enfermera
  - ii. gastos de consultorio
  - iii. equipo y material médico
  - iv. otros

Fuente: Department of Health and Social Security.<sup>16</sup>

**Cuadro 2. Experiencia anual de padecimientos "menores" en un grupo de 2,500 pacientes Gran Bretaña**

	No. de pacientes que consultan
Infección de vías respiratorias superiores	500
Infecciones y padecimientos gastrointestinales comunes	250
Padecimientos de la piel	225
Desórdenes emocionales	200
Otitis media aguda	50
Infecciones urinarias agudas	50
Migraña	20
Dolor de espalda	50

Fuente: Fry<sup>17</sup>

**Cuadro 3. Experiencia anual de padecimientos crónicos en 2,500 pacientes. Gran Bretaña**

	No. de pacientes que consultan
Reumatismo crónico	100
Enfermedades mentales crónicas	55
Bronquitis crónica	50
Anemia	40
Hipertensión	25
Asma	25
Úlcera péptica	25
Accidentes cerebrovasculares	15
Epilepsia	10
Diabetes	10
Pielonefritis crónica	1
Enfermedad de Parkinson	3

Fuente: Fry<sup>17</sup>

gas, médicos o no médicos; y sabe cuándo y cómo intervenir por medio de prevención, tratamiento y educación para promover la salud de los pacientes y sus familiares, siempre consciente de su responsabilidad profesional hacia la comunidad".<sup>13</sup>

En Gran Bretaña, el médico general es la puerta de entrada del paciente al sistema de salud; por ello, para lograr una adecuada relación médico-paciente, se propicia que cada paciente tenga libertad de escoger a su médico general. Esta libertad de elección es uno de los principales objetivos del sistema nacional de salud británico. Los médicos especialistas sólo atienden a pacientes cuando son referidos por su médico general, ya sea para tratamiento especializado, para diagnóstico o bien para asesoría terapéutica.<sup>14</sup>

Al constituir la puerta de entrada al sistema de salud, el médico general debe conocer la gran variedad de problemas per-

sonales y sociales que sus pacientes le presentan. Por ello, requiere de una buena preparación en las ciencias biomédicas y clínicas, y de un conocimiento de las ciencias sociales y de la conducta.<sup>13</sup>

Sobresale del Sistema Nacional de Salud que todos los ciudadanos tienen derecho a recibir atención médica, sin necesidad de efectuar un pago directo. Algunos servicios, como el dental y el farmacéutico, requieren de una cuota, aún cuando se exceptúa del pago a niños, embarazadas, inválidos y personas mayores de 65 años de edad.<sup>14</sup>

Cabe mencionar, que las fuentes de financiamiento del servicio nacional de salud son los impuestos en un 80 por ciento y las cuotas recuperadas por los servicios prestados en el 20 por ciento restante.<sup>15</sup>

Los médicos especialistas que prestan sus servicios en los hospitales reciben un sueldo fijo; los médicos generales son remunerados mediante un sistema complejo, que se calcu-

**Cuadro 4. Experiencia anual de padecimientos "graves" en 2,500 pacientes. Gran Bretaña**

	No. de pacientes que consultan
Pneumonía y bronquitis aguda	50
Infarto agudo del miocardio	7
Apendicitis	5
Cáncer pulmonar	1 - 2 por año
Cáncer cervicouterino	1 cada 3 años
Cáncer de mama	1 por año
Cáncer de vejiga	1 cada 3 años
Depresión severa	12
Suicidio	
Intento de suicidio	1 cada 4 años
Glaucoma	1 cada año
Acidentes	1
Accidentes cerebrovasculares	5

Fuente: Fry<sup>17</sup>

**Cuadro 5. Experiencia anual de la patología social más frecuente en 2,500 pacientes. Gran Bretaña**

	No. de pacientes que consultan
Pacientes mayores de 75 años	100
Hogares problema (niños menores de 1 año con sólo uno de los padres)	50
Nacimientos ilegítimos	4
Familias problema	5 - 10
Divorcios	1 - 2
Alcoholismo crónico	5
Invalidez severa	6
Delincuentes juveniles	4

Fuente: Fry<sup>17</sup>

la en relación al número de pacientes registrados con cada uno, y se complementa con una serie de compensaciones y prestaciones adicionales. Por ello, el médico general se considera un "profesional independiente" —y no un empleado— que acepta proporcionar atención médica a un número definido de pacientes mediante un pago negociado por el Comité de Médicos Familiares que funge como agencia administrativa de las autoridades de salud en el área. En el cuadro I, se detallan los puntos más sobresalientes que se consideran para el pago de los servicios profesionales del médico general. Las cuotas y compensaciones, basadas en recomendaciones de un comité especial, tienen como objetivos que el ingreso neto promedio esté de acuerdo a las especificaciones señaladas para la región o área de trabajo.<sup>16</sup>

**La consulta en medicina general**

En relación a sus funciones, el médico

general tiene la responsabilidad de proporcionar atención de salud a una población estable y definida de aproximadamente 2,500 personas.<sup>17</sup>

Consecuentemente, el espectro de las enfermedades tratadas por el médico general difiere notablemente de aquéllas atendidas en el hospital, sitio a donde se refieren los pacientes que requieren tratamiento especializado.

Las entidades nosológicas atendidas por el médico general en la consulta reflejan el patrón de los problemas de salud de la comunidad; pero no representan la incidencia y prevalencia reales de la morbilidad en la población, ya que normalmente la consulta está compuesta por aquellos padecimientos que presentan los pacientes que le consultan.

Los siguientes cuadros dan una idea de la patología más frecuente que el médico general atiende en una población de 2,500 personas en el transcurso de un año. El

**Cuadro 6. Incidencia y consultas anuales de cinco enfermedades en una población de 2,500 pacientes. Gran Bretaña**

Padecimientos	No. de Episodios en un año	No. de Consultas en un año
Padecimiento Coriza	744	1 307
Denegeración cardiovascular	95	712
Embarazo	50	452
Enfermedad maligna	23	260
Faringitis	365	754

Fuente: Morell<sup>19</sup>

cuadro 2 muestra algunas enfermedades que comúnmente ocurren en la comunidad y que, por su corta duración y no “amenazar” la vida del paciente, son denominadas “padecimientos menores”. Estas representan aproximadamente 64 por ciento de las consultas en medicina general y, aún cuando raramente se tratan en los servicios de contacto secundario, no pueden considerarse como triviales, ya que también ocasionan malestar, ausentismo escolar y laboral y, además, demanda de atención médica.

En el Cuadro 3 se reúnen las enfermedades crónicas “incurables”, las cuales reflejan la atención continua que presta el médico general a este tipo de pacientes que requiere de un tratamiento prolongado, el que, en ocasiones, es de por vida. Tratándose de estos padecimientos, se establece una comunicación con el especialista para recibir asesoría en el manejo de los pacientes. Los padecimientos crónicos demandan la participación del equipo primario de salud, coordinado por el médico general.

En el Cuadro 4 se presentan las condiciones graves que ponen en peligro la vida del paciente. Aunque sobresale su baja frecuencia, siempre debe tenerlas presentes el mé-

dico y, sobre todo, dominar su diagnóstico y tratamiento, ya que una intervención adecuada y temprana puede ser altamente eficaz y de gran beneficio para el paciente.

Es importante analizar la patología social vista por el médico general en su consulta. El Cuadro 5 indica los problemas sociales registrados en una población de 2,500 personas; es evidente que la atención de muchas de estas patologías corresponde más a otros servicios que a los de salud; pero, muy frecuentemente, estas condiciones se presentan con una sintomatología orgánica asociada, por lo que el médico general ha de poseer la destreza apropiada para un manejo adecuado de esos problemas. Se sabe que muchas enfermedades crónicas o mentales, generan o se asocian con problemas sociales de algún tipo.<sup>18</sup>

La frecuencia de los padecimientos señalados en cuadros anteriores da una idea superficial del trabajo que cada padecimiento genera para el médico general. En el Cuadro 6 se puede apreciar que 744 episodios de coriza dieron lugar a unas 1307 consultas durante un año, es decir 1.8 consultas por episodio, mientras que las enfermedades malignas requirieron de 9.4 consultas por episodio. En muchas ocasiones, el episodio de la enfermedad puede terminar antes que el médico pueda llegar más allá de la pura descripción del cuadro sintomático, o bien que éste no plantee la necesidad de hacer un diagnóstico más preciso. Por otra parte, cabe señalar que de 70 a 80 por ciento de los pacientes de un médico general lo consultan por lo menos una vez al año, y que en base a diferentes investigaciones se han informado tasas de consulta por paciente que van desde 3 hasta 7 en un año.<sup>17</sup>

Las tablas anteriores muestran datos promedios. Existen variaciones nacionales, regionales y locales, que dependen de muchos factores, entre los que pudieran citarse:

- a) el número de pacientes registrados con el médico
- b) la edad de los pacientes
- c) las diferencias locales de morbilidad
- d) la densidad de población

- e) el patrón cultural en la utilización de los servicios
- f) la disponibilidad de los servicios

Un hecho notable en la medicina general británica es la existencia de una gran documentación sobre el perfil de la morbilidad encontrada en la consulta, la que se ha logrado mediante investigaciones efectuadas tanto por investigadores como por médicos generales en el curso de muchos años. Un ejemplo de esta información basada en datos recolectados por médicos generales es el segundo estudio de la morbilidad conducido por el Real Colegio de Médicos Generales (RCGP), la Oficina de Censos y Estudios de Población (OPCS), y el Departamento de Salud y Seguridad Social (DHSS).<sup>20</sup>

El objetivo de este estudio, efectuado entre médicos generales que representan a una población distribuida en las regiones de Inglaterra y Gales, fue obtener información sobre el perfil de la morbilidad en la población atendida por médicos generales.

Además de la información sobre morbilidad (tasas de consultas y de episodios de condiciones prestadas), se aportan datos sobre la utilización del hospital y de las actividades del médico general entre las que pudieran señalarse número de consultas y visitas domiciliarias. Los detalles de la metodología se han descrito en el reporte preliminar del "Segundo Estudio Nacional sobre Estadísticas de Morbilidad en Medicina General", publicado por la OPCS.<sup>21</sup>

### Educación en medicina general

En Gran Bretaña, la medicina general se considera como una disciplina académica que se debe enseñar en el posgrado (Programa Vocacional de Posgrado), contribuye de manera importante en la educación médica de pregrado, y además tiene una especial necesidad de una educación médica continuada.<sup>22, 23, 24</sup>

Después de que la "Real Comisión de Educación Médica" recomendó la educación en el posgrado del médico general en 1968, se implantó un "Programa Vocacional de Posgrado" de 3 años de duración. Actual-

mente, este programa recibe apoyo del Real Colegio de Médicos Generales y, a partir de 1977, todos los médicos que deseen ejercer la Medicina General deben cursarlo.<sup>23</sup>

Este programa tiene gran flexibilidad que guarda relación con las necesidades de la autoridad de salud que lo ofrece. Su contenido básico, seguido por todos los programas desarrollados en Gran Bretaña, está integrado por dos años de práctica hospitalaria y un año de práctica de medicina general. Los módulos hospitalarios están orientados hacia aquellas especialidades necesarias para la práctica de la medicina general como son medicina interna, gineco-obstetricia, geriatría, pediatría, psiquiatría y urgencias, y están diseñadas con cierta flexibilidad para que el estudiante profundice en áreas de su interés. Los hospitales suelen distribuirse por distritos, y ser de nivel secundario; en ellos, existe la oportunidad de entrar en contacto con la patología "más común" que requiere tratamiento especializado intrahospitalario. El año dedicado a medicina general se realiza en consultorios de médicos generales, reconocidos como instructores por un Consejo Central del Real Colegio de Médicos Generales.<sup>13, 23</sup>

Una de las características sobresalientes es que la educación de posgrado en medicina no es una función exclusiva de las universidades, sino una responsabilidad compartida entre los Reales Colegios Médicos, las escuelas de medicina, la Asociación Médica Británica, y las autoridades regionales de salud.

Por otra parte, se reconoce ampliamente el prestigio académico del Real Colegio de Médicos Generales. Por ello, los alumnos egresados de los programas vocacionales y los médicos generales que laboran sin formación de posgrado tienden, en su caso, a sustentar un examen para obtener el diploma de este colegio y así lograr su membresía.<sup>23</sup>

Recientemente, la enseñanza de la medicina general en los currícula de las escuelas de medicina cobró gran importancia. Así, en realidad, muchas escuelas promueven la en-

señanza de los fundamentos y organización de la medicina general, y también el contacto del alumno con los médicos generales, modalidad muy recomendada en el informe de la Real Comisión sobre Educación Médica.<sup>22, 25, 26</sup>

La creación de los departamentos de medicina general en las escuelas de medicina ha tenido un fuerte impacto sobre la educación médica de pregrado, ya que éstos promueven el contacto del alumno con el ámbito de la futura práctica de la medicina general, permitiéndole, además, familiarizarse con la patología que no suele verse en el hospital.<sup>27</sup>

Por otra parte, los departamentos han desarrollado investigaciones sobre la enseñanza de la medicina general y, especialmente, su práctica y organización, lo que ha permitido proyectar su perfil académico y, consecuentemente, elevar el lugar que ocupa entre las distintas especialidades médicas. Así mismo, esto se ha considerado como un atractivo más para que los estudiantes se orienten hacia el ejercicio de la medicina general.

Diversos factores han favorecido el desarrollo de la educación continua. Entre otros tenemos, por ejemplo, la tendencia creciente a la práctica en grupo, la integración de los estudiantes en los consultorios de medicina general, la creación de los programas vocacionales de posgrado, los incentivos económicos ofrecidos a aquellos médicos que demuestran cubrir determinados cursos de actualización, etc.

El Real Colegio de Médicos Generales junto con el Departamento de Salud y Seguridad Social contribuye al desarrollo de cursos de educación médica continua, y también promueve y facilita la participación de los médicos generales que los solicitan.<sup>9, 16, 17</sup>

Las instituciones educativas y de servicio consideran a la educación médica continua como la forma más adecuada de obtener una práctica de alta calidad de la medicina general.<sup>7</sup>

## REFERENCIAS

1. Abel Smith, B. Value for Money in Health Services. Londres, Heinemann, 1976, p. 122.
2. Wade, D. Europe and The British Health Service. London Bedford Square Press, 1974, p. 27.
3. Ibid. p. 40
4. Cartwright, A. Patients and Their Doctors. Nueva York, Atherton Press, 1967.
5. Marson, W. F. y col. Measuring The Quality of general Practice. Journal of The Royal College of general Practitioners; 23, 23, 1973.
6. Department of Health and Social Security. Health and Personal Social Services Statistics for England and Wales, 1976. Londres, HMSO, 1977.
7. British Medical Association. Primary Medical Care; report of a Planning Unit Working Party. (Report No. 4), Londres, British Medical Association, 1970.
8. Department of Health and Social Security. Nursing attachments to general practice: staff implications of schemes attachment of local health authority staff to general practice, by R. A. Abel. Londres, HMSO, 1969.
9. Department of Health and Social Security. On The State of Public Health. The Annual Report of The Chief Medical Officer for The year 1976. Londres, HMSO, 1977.
10. Royal College of General Practitioners. Evidence to The Royal Commission on The NHS. Journal of The Royal College of General Practitioners, 27, 197-206, 1977.
11. Maybin, R. P. Health Centres and The Family Doctor. Journal of The Royal College of General Practitioners, 22, 365, 1972.
12. Bevan, J. A. Health centre research programme. Public Health, 87, 183, 1973.
13. Royal College of General Practitioners. The Future general practitioner: learning and teaching. Londres, B.M.A., for the RCGP, 1972.
14. Central Office of Information. Health Services in Britain. Londres, HMSO, 1974, p. 16.
15. Wade, D. Op. - Cit. p. 81.
16. Department of Health and Social Security. Statements of Fees and Allowances payable to general medical Practitioners in England and Wales. Department of Health and Social Security, Welsh Office, 1974.
17. Fry, J. Present State and Future Needs of General Practice, Londres, Royal College of General Practitioners, 1973.
18. Smith, E. A. Et. al. Patterns of neurotic illness in The Community. Journal of The Royal College of General Practitioners, 1970, 19, 132-39
19. Morell, D. C. The Art of general practice. Londres, 1965.
20. Office of Population Census and Surveys, and Royal College of General Practitioners and Department of Health and Social Security. Morbidity Statistics from general Practice, Second National Study 1970-71. Londres, HMSO, 1974.
21. Ibid. Second National Study, preliminary report: Method. Londres, OPCS, 1973.

22. Tood Report. Report of The Royal Commission of Medical Education 1965-68. Cmmd. 3569. Londres, HMSO, 1968.
23. Council for Postgraduate Medical Education in England and Wales. Training in general practice, Londres, 1977.
24. Morell, D. C. The State of British Medicine General Practice: a Developing Academic Discipline. Journal of The Royal Society of Medicine, 71, 5-13, 1978.
25. European Conference on The Teaching of general practice. The contribution of the general practitioner to undergraduate medical education. Statement by the Leeuwenhorst Working Party. Journal of The Royal College of general practitioners, 28, 244-52, 1978.
26. General Medical Council. Basic Medical Education in The British Isles. Londres, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1977.
27. Acheson, H.W.K. The University Department of general practice. Its function and role. Journal of The Royal. College of General Practitioners, 26, 681-694, 1976.

En nuestro próximo número, publicaremos la primera parte de una mesa redonda dedicada a los padecimientos funcionales del aparato digestivo. Como introducción, los participantes analizan meticulosamente el concepto de "funcional", e intentan fijar límites entre padecimientos funcionales y orgánicos sin lograrlo por completo, ya que este límite va cambiando a medida que se aplican métodos cada vez más sofisticados al estudio de la enfermedad, primero a nivel celular, y más adelante al subcelular.

Los principales padecimientos funcionales de que se ocupa esta mesa son las alteraciones a nivel de esófago por cambios en su motilidad o por reflujo gastroesofágico, dispepsia, colon irritable, diarrea nerviosa y constipación simple y espástica.