

La dignidad del trabajo clínico existe allí donde ejerce un médico cercano, científico y humano

*Juan Gérvas,
médico general,
Canencia de la Sierra (Madrid), Equipo CESCA,
(Madrid) España
jgervasc@meditex.es*

Decían los griegos que a los elegidos, a los que valían, a los mejores, se los llevaban pronto los dioses. Egoístas los dioses que se llevaron en 2002, a los 59 años de edad, a Juan Carlos Macedo, médico rural uruguayo del que comento a continuación un texto, “Sobre la viabilidad-legitimidad del trabajo clínico: elementos para el diálogo”, publicado en Compendio Revista Médica, en 1979.

Ha pasado más de un cuarto de siglo y el texto sigue en pie, sembrando ilusión entre los médicos generales¹ que dudan de que su trabajo sea digno pues es miserablemente pagado y/o se lleva a cabo alejado de todo lo que se considera brillante, en un pueblecito en medio de la nada, o en lo más tenebroso del barrio marginal de una ciudad, o en una cárcel sórdida y olvidada, o en centro de salud urbano público y anodino.

La dignidad del médico como persona y profesional es la dignidad de su trabajo, la limpieza de su corazón, el compromiso con el sufrimiento de sus pacientes, el uso razonable de los recursos a su disposición, el razonamiento lógico y de sentido común, el acervo de conocimientos científicos mantenido e incrementado en lo esencial, el trabajo con cálida calidad, la empatía con el marginado, la rebelión frente a la injusticia, el conocer los límites de su ciencia y práctica y, sobre todo, el responder proporcionalmente a la necesidad del paciente, valorando sus condiciones personales, familiares, laborales, sociales y culturales.

Todo ello queda bien lejos del trabajo indigno en el que no se toca al paciente (¡ni siquiera para darle la mano al recibirlo en la consulta, o al iniciar la entrevista al lado de la cama en el domicilio!), no se piensa más allá de “todo lo posible” (en lugar de sólo en “lo más probable”, al menos al comienzo), se rechaza al paciente que no se cura ni “cumple” los cuadros descritos en los libros, se hace

¹ En Europa, la Medicina General es una especialidad con cuatro años de postgrado, que en España se llama Medicina de Familia, y en Dinamarca, Holanda y el Reino Unido, Medicina General como tal. En este texto empleo médico general como sinónimo de médico de familia. El nombre de Medicina de Familia procede de EE:UU., donde se negaron a acreditar como especialidad, en los años sesenta del siglo XX, una Medicina General, que por serlo contradecía la idea de especialización. Los médicos generales estadounidenses lograron el reconocimiento de su especialidad al transformarse en médicos de familia.

un uso mecánico de los protocolos y guías, y el trabajo es dependiente de las posibles reclamaciones judiciales.

En concreto, Juan Carlos Macedo plantea en este texto múltiples cuestiones que merecen de otros médicos generales, al menos, un párrafo. Entre ellas:

1. La necesidad de reflexionar sobre nuestro trabajo. La práctica clínica, la carga asistencial, es alienante si no se emplea como estimulante. Somos personas, como nuestros pacientes, y ello significa que “per-sonamos”, que “re-sonamos”, que tenemos eco, que nos oímos y que nos hacemos oír. No podemos y no debemos ser sordos. Hay que oír/oírnos, y pensar. Necesitamos la reflexión, el ser capaces de hacer un análisis de nuestra práctica, tanto individualmente como en grupo. Precisamos de un marco y una urdimbre que faciliten el entendimiento de lo que hacemos, única forma de mantener la autoestima, y al tiempo ser críticos con nuestros errores para utilizarlos como acicate en la mejora continua de la calidad, para pedir perdón cuando los descubrimos.
2. El valor docente de la práctica cotidiana. Hay quien sólo ve “gripes y mocos” en su consulta de médico general. ¡Qué extraño, cuando a otros siempre se nos presentan cuestiones y problemas nuevos a diario, que no habíamos visto en cuarenta años de ejercicio, y en más de 200.000 encuentros con pacientes!. Es la urgencia en que un niño llega con sueño, con más sueño del habitual, y que termina en meningioma. Es la nueva paciente con ese extraño tono de voz, que acaba en miastenia grave. Es el paciente orgulloso de su nueva virilidad (con ayuda farmacológica) que te pregunta si se lo dice a su esposa. Es el niño con otitis media inicial, cuya madre se resiste porque quiere iniciar el tratamiento antibiótico inmediato, “porque si no, se orina por la noche”. Es el paciente con un ojo artificial que viene a la consulta porque se le ha caído y quiere que le ayudes a que se lo ponga. Es descubrir que no conocías esa interacción medicamentosa que te hace notar el farmacéutico. En fin. Todos los días hay algo que aprender, algo que no viene en los libros, algo que no está claro ni hay ensayos clínicos que den un mínimo de luz. ¡La consulta diaria es una fuente inagotable de combustible para el más ambicioso programa de formación continuada que pueda imaginarse! (1).
3. La práctica clínica digna no depende de la cantidad de recursos a disposición del médico, ni del nivel de desarrollo del país en que trabaje, ni de la riqueza de la comunidad a la que atienda. El objetivo del trabajo clínico es simple: evitar la morbilidad, la

mortalidad y el sufrimiento *médicamente evitable*. No somos dioses, no podemos evitar en general la morbilidad, la mortalidad ni el sufrimiento. Pero somos médicos generales, de forma que podemos evitar mucho daño con un pensamiento lógico, con una actividad diagnóstica y terapéutica al alcance de nuestras manos. Por ejemplo, a través de la prevención cuaternaria, al disminuir los efectos adversos de la actividad médica, y sobre todo la actividad médica innecesaria (2). Por ejemplo, con el consejo convincente contra el tabaquismo. O con el consejo y el seguimiento adecuado de niño con vómitos y diarrea, para evitar la deshidratación. También con el reconocimiento de la “anormalidad normal”, que tanto tranquiliza al paciente. O el acompañamiento en la visita a diario al paciente terminal a domicilio, un bálsamo para el enfermo y su familia. O con la necesaria actualización para quitar la sábana a tantos fantasmas (como la necesidad de exámenes de salud, o la existencia de la diabetes gestacional, por ejemplo) que hoy asustan a nuestros pacientes, a veces provocados por especialistas interesados, y otros por unos medios de comunicación que sólo miden en impacto su información, no en calidad y oportunidad. Así, el convencimiento de que, sin signos de alarma, la inmensa mayoría de pacientes con dolor de espalda, o dolor abdominal, no tiene nada importante ni grave, y evolucionarán espontáneamente a la curación, sin más que el consejo tranquilizador al respecto. Y

4. La falsa respuesta al sufrimiento en la travesía del Mar de la Incertidumbre (3). Al aullido del dolor y del sufrimiento, a la preocupación ante la amenaza del problema de salud, no podemos dar respuestas estereotipadas que se contenten con el diagnóstico, o con la terapéutica “de libro”. Nuestro principal instrumento diagnóstico y terapéutico es la silla, en la consulta², y tenemos dignidad clínica si escuchamos y comprendemos al paciente, si el paciente nos escucha y nos comprende. El diagnóstico es sólo una etiqueta que refiere a una “categoría”, pero lo que en un lugar es enfermedad en otro es pecado³. De hecho, bien pensado, sólo hay tres tipos de enfermedades, las congénitas (síndrome de Down y similares), las de los ricos (obesidad, gota, diabetes y demás), y las de los pobres (desnutrición, hambre, paludismo y demás)⁴. Por ello, se necesita sólo la precisión diagnóstica que mejora la perspectiva

² Lo dijo Gregorio Marañón, médico español de principios y mediados del siglo XX.

³ Lo dijo Iván Illich, pensador mejicano de mitad y finales del siglo XX.

⁴ Lo dijo Tomás McKeown, salubrista inglés de mitad del siglo XX.

de resolución del paciente, no la que satisface al médico. Así, más vale acertar por aproximación que equivocarse con precisión⁵, y hay que evitar emplear medios desproporcionados, inútiles y/o peligrosos, y adaptarnos a las necesidades del paciente.

Nada impide al médico general padecer gozosamente *escepticismo* [enfermedad de baja infectividad contra la que se vacuna a los pacientes en la facultad de medicina⁶], dudar razonablemente de los supuestos “avances médicos”, y ofrecer a diario a sus pacientes un destilado de lo mejor de la medicina. Es decir, una atención digna, una atención cercana, científica y humana.

Bibliografía

- 1.- Gérvas J, Carrá B, Fernández Camacho MT, Pérez Fernández M. La docencia en un centro de salud no docente. Med Clín (Barc) 1998;111:218-21.
- 2.- Gérvas J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. SEMERGEN 2004;30:245-47.
- 3.- Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria 2005;35:87-90.

Nota

El autor está escribiendo un libro, con Mercedes Pérez Fernández, que se publicará en 2006, sobre “Reivindicación de una Medicina General cercana, científica y humana”, del que se han tomado ideas para este texto.

⁵ Lo dijo Karl White, médico estadounidense de mitad del siglo XX y comienzo del siglo XXI.

⁶ Definición de James McCormick y Pert Skrabanek, médicos irlandés y checo, respectivamente, de mediados y finales del siglo XX.