

DESARROLLO PROFESIONAL DEL MÉDICO GENERAL, UNA CUESTIÓN PERSONAL (Y MÁS)

Juan Gérvas¹, médico general, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid), Equipo CESCA (Madrid)

jgervasc@meditex.es

www.equipocesca.org

¹ Este texto se elaboró para un libro sobre desarrollo profesional en Medicina General/Atención Primaria, que no salió como tal, y fue escrito mientras el firmante todavía era médico general rural, antes de su jubilación (en enero de 2010). Este texto se distribuye bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir libremente y reelaborar a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

INTRODUCCIÓN

Aprender es consustancial al vivir.

Aprendemos desde el nacimiento hasta la muerte.

Aprendemos mediante dos características básicas del ser humano: curiosidad y asombro (1).

Llamamos curiosidad al afán de saber sin un fin determinado.

Es asombro la impresión causada por algo inesperado.

Estos dos mismos principios básicos guían el desarrollo profesional del médico general pues ambos son la base de ese afán imposible de pretender dar respuesta adecuada a la humana variedad en el sufrimiento. Estos dos principios afectan a la esfera personal. Las instituciones en las que trabaja el médico general son ajenas por naturaleza a cuestiones tan aparentemente banales como la curiosidad y el asombro. De ahí que el desarrollo profesional tenga su fundamento en lo personal, en el afán natural y básico de aprender del ser humano.

Cuando un médico general deja de sentir curiosidad en el ejercicio de su profesión, está muerto para la misma. Sentir curiosidad es aprender sin objetivo definido claro, es aprender de todo y de todos, aprender en lo científico y en lo humano. La curiosidad permite aplicar ese conocimiento general en la práctica clínica; es decir, utilizar lo aprendido sin objetivo aparente en la mejora de la respuesta a los problemas del paciente.

La curiosidad es la respuesta útil ante retos imposibles. Y ejercer de médico general es pretender ser capaz de dar respuesta prudente a los hechos clínicos diarios, desde la frecuente infección respiratoria alta al infrecuente dolor

torácico en el paciente con retraso mental y deficiente capacidad verbal. Tener curiosidad, tener afán de saber sin un fin determinado, es condición básica y necesaria para mantener una vida profesional activa. Sin curiosidad morimos para la práctica como médicos generales.

Cuando a un médico general le empieza a parecer “normal” todo lo que ve en la clínica, cuando pierde su capacidad de asombro, está muerto para su profesión. No hay nada “normal” en nuestros pacientes pues cada situación y cada caso es particular, especial y distinto. Es asombroso lo que cuentan los pacientes y lo que sufren, es asombrosa nuestra respuesta, es asombrosa la organización sanitaria en que trabajamos y es asombrosa la sociedad en que vivimos. Basta distanciarse intelectualmente un poco para empezar a ver cosas y casos inesperados donde, lastimosamente, muchos sólo ven “gripes, mocos y recetas”. Por ejemplo, asombra la madre que por agarofobia se declara incapaz de entrar en la iglesia el día de la primera comunión de su hija mayor (lo que provoca un conflicto sonado) y asombra la persistente etiqueta de “crisis comiciales” de esa misma hija por los neurólogos cuando lo que hay probablemente en el fondo es un (esposo y padre respectivamente) licenciado, sobre-formado para su trabajo de alguacil.

Asombrarse en el ejercicio de la profesión es condición básica y necesaria para mantener un trabajo clínico de calidad, para no morir en el intento. Sin asombro seremos médicos generales muertos vivientes, puras fachadas de un interior amargo carente de autoestima.

La curiosidad y el asombro se sustentan en seis cuestiones, los “seis hombres” de Rudyard Kipling:

*Tengo seis hombres a mi mando,
que me enseñaron cuanto sé:
se llaman qué, quién y cuándo,
cómo, dónde y por qué.
Los envío por tierra y por mar,
los envío al este y al oeste,*

*pero después de tanto trajinar
descanso le doy a mi huete.*

Con estas seis cuestiones (“qué, quién, cuándo, cómo, dónde y por qué”) no hay nada simple ni definitivo en la clínica diaria. Ni siquiera es simple y definitivo lo más frecuente; por ejemplo el dolor de garganta con malestar general de probable origen vírico en un varón joven. Parece una simple infección vírica pero el paciente: ¿espera tratamiento antibiótico?, ¿por qué?, ¿lograremos evitarlo?, ¿arrancaremos incluso una sonrisa en la despedida como expresión de buena relación tras negativa ante la solicitud explícita de antibióticos?, ¿de qué depende esa sonrisa? Si es preciso el reposo como parte de la terapéutica ¿será posible una baja de dos días, como parece prudente? ¿Es la solicitud del paciente expresión de un sentir comunitario del beneficio del uso de antibióticos en estas situaciones? ¿Qué hay publicado al respecto? ¿Qué sé yo sobre mi población y sus creencias respecto a los antibióticos y a las infecciones? ¿Logrará finalmente el paciente los antibióticos de su botiquín o por otra vía? ¿Qué antibióticos hay en los botiquines de mis pacientes? ¿Cuándo y cómo se deberían emplear los antibióticos en infecciones respiratorias? Son preguntas y cuestiones en cuya respuesta se puede emplear una vida entera, la vida profesional de un médico íntegro. Como dijo Santiago Ramón y Cajal, “no hay cuestiones agotadas, sino científicos agotados en las cuestiones”.

Desarrollo profesional es empezar y terminar la vida clínica con sentimientos humanos y científicos de curiosidad y de asombro. Con un desarrollo profesional adecuado es posible ver continuamente cuestiones interesantes en la actividad diaria, e intentar darles respuesta científica y humana. El desarrollo profesional entendido así tiene poco que ver con las actividades de formación continuada que promueven las instituciones y organismos en que trabajamos los médicos generales. No es extraño por ello el fracaso de estas actividades, que muchas veces no son más que medios para la difusión de ideas y hechos que refuerzan determinadas pautas diagnósticas y terapéuticas de escaso fundamento científico.

En este texto consideraré el desarrollo profesional desde el punto de vista del médico general de base que personalmente adopta un papel de promotor de su propia formación continuada. Es decir, consideraré el punto de vista práctico de los profesionales que sólo pretenden ser cada día un poco mejores médicos, tanto en lo científico como en lo humano.

Entiendo por desarrollo profesional el conjunto de actividades con las que el médico general busca analizar, adecuar y perfeccionar sus respuestas a los problemas de los pacientes. Estas actividades pueden ser parte de la formación continuada clásica, con sus conferencias, cursos y casos, pero en mucho son actividades personales individuales tipo actualización a través de la lectura de revistas.

EL ESTÍMULO CLÍNICO PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL

La curiosidad y el asombro, el hacerse preguntas y buscar respuestas ante lo aparentemente obvio es consustancial al ser humano (1). Pero, ¿es consustancial al ser médico general?

Debería serlo.

Deberían fomentarse la curiosidad, el asombro, las cuestiones y la búsqueda permanente de mejores respuestas en la formación del estudiante de medicina y en la del residente de medicina de familia. Lamentablemente, en la práctica en muchos casos es exactamente lo contrario. Se mata la curiosidad, el

asombro y el cuestionarse del estudiante y del residente, y por consecuencia del médico general. Por ejemplo, no se suele obligar (ni se sugiere siquiera) al residente en sus distintas rotaciones a que anote todo lo que le sorprenda, todo lo que le plantee dudas, todo lo que desearía discutir a fondo. Sin anotaciones es difícil estimular al residente. El simple ejercicio de registrar permite, además, calibrar la valía del residente, su formación básica (2).

Determinadas cuestiones no se pueden plantear si no hay una formación básica. Un residente que no sepa que los antibióticos son innecesarios en las otitis media en mayores de dos años no se podrá plantear cuestiones en torno al tratamiento correcto en la práctica clínica diaria en esta infección. El que no sabe es como el que no ve. Así, la ignorancia lleva a ceguera, de forma que en medio de un campo de enorme interés científico el residente no ve más que rutinas y cuestiones clínicas menores. Con ese aprendizaje es fácil que se convierta en un médico general rutinario, en un profesional muerto viviente, lo que le invalida para un trabajo de calidad y gratificante.

Tan importante es lo que llama la atención como lo que no lo que no sorprende ni asombra. Tan fundamental es lo que despierta la curiosidad como lo que ni se “ve”. Son importantes las cuestiones explícitas planteadas por el residente, pero son igualmente importantes las cuestiones que ni surgen ni se hacen. El mundo en general, y el mundo en particular del estudiante y del residente, no existe por sí mismo, sino que es el resultado de una interpretación. El desarrollo profesional se basa en esta determinada interpretación del mundo clínico. Es una interpretación que permite “ver” cosas de otro modo invisibles. Por ejemplo, todas las oportunidades de mejora en el día a día, toda la incertidumbre en la resolución de casos clínicos y todo lo que ignoramos de la enfermedad y del sufrimiento en nuestros propios pacientes.

Se trata de lograr estudiantes y residentes capaces de tener curiosidad, de asombrarse, de hacer preguntas y de buscar respuestas de continuo. Se trata, en suma, de lograr un sano escepticismo (ese dudar o no creer en las creencias comúnmente admitidas). Como dijeron Petr Skrabanek y James McCormick, “la escepticismo es enfermedad infecciosa de baja contagiosidad

contra la que se vacuna a los estudiantes en la facultad de medicina” (3). Pues bien, el objetivo del profesor y del tutor es justamente el contrario, el lograr estudiantes y residentes sanamente escépticos, infectados de por vida de escepticismo.

¿Cómo contagiar escepticismo? ¿Cómo provocar escepticismo?

La búsqueda de la honradez y de la dignidad en el trabajo diario es el estímulo para lograr ese médico general sanamente escéptico que necesitamos. Sólo en la persecución de la dignidad honrada nos encontraremos con el estímulo que necesitamos para mantener la calidad científica y humana en nuestro trabajo a lo largo de décadas y de cientos de miles de encuentros clínicos.

Tiene dignidad el trabajo que merece respeto y estima. Es honrado el médico que da lo mejor de sí y sabe sus limitaciones e imperfecciones e intenta de por vida superarlas.

La dignidad clínica se logra con el trato compasivo al paciente, con su consideración como persona que sufre; en la consulta el médico digno se conmueve con el sufrimiento del paciente. Esa dignidad conlleva respeto y estima mutua, además de una forma de atención del que la cortesía es parte consustancial. No se trata de convertirse en amigos de los pacientes, ni de establecer “complicidad” con los mismos y/o sus familiares. La dignidad se logra con un trato comprensivo y empático, con la cortesía y con el reconocimiento del paciente como persona que sufre; todo ello bien lejos de la amistad y de la complicidad.

La honradez clínica se alcanza al ofrecer lo mejor del conocimiento, con respuestas prudentes y científicamente fundadas ante los problemas de los pacientes. Hay que dar lo mejor de cada uno en el encuentro clínico, pero saber las limitaciones propias y de la ciencia en cada caso. La honradez combina bien con la ética de la ignorancia (el compartir nuestras limitaciones con el paciente). El médico general es honrado cuando persigue el imposible de la perfección y le sirven de acicate los inevitables errores.

¿Cómo provocar el estímulo que contagia escepticismo, que provoca escepticismo?

El mejor estímulo, continuo y constante, para ejercer con dignidad y honradez, para ser sanamente escéptico durante décadas y en cientos de miles de encuentros lo provoca el propio paciente.

Es condición necesaria pero no suficiente que al estudiante y al residente no le hayan matado ni la curiosidad ni el asombro ni la capacidad de hacer preguntas y ni la de buscar las mejores respuestas. Con estas cuatro características vivas es más sencillo ser compasivo con el paciente, con sus familiares, con los colegas y con uno mismo. Con estas cuatro características en ebullición es más fácil dar lo mejor de uno mismo en cada encuentro y saber lo que uno ignora y debe compartir con el paciente, con sus familiares, con los colegas y con uno mismo.

¿Qué tiene el paciente que estimula tanto?

Aunque a muchos médicos clínicos no les llame la atención resulta asombrosa la fe del paciente. Los pacientes asisten a nuestras consultas creyendo que sabemos. Sobre todo, creen que podemos ayudarles. Es decir, que aunque no sepamos dar respuesta inmediata a sus problemas, al menos sabremos orientarles de forma que su sufrimiento se vea aliviado en el laberinto de la organización sanitaria. Incluso los pacientes en que hemos cometido errores pueden mantener esa fe a poco que reconozcamos, comprendamos y reparemos el error.

Los pacientes no sólo asisten con fe a la consulta. También se entregan confiadamente. Nos abren sus secretos más guardados, su intimidad personal física, psíquica y social. En el encuentro se rompen todas las barreras y tabúes que habitualmente gobiernan las relaciones entre personas.

Un médico digno y honrado logra que el paciente resuma con sinceridad y brevedad su vida en lo que se refiere al problema de salud por el que consulta. Lo mismo respecto a lo que come que a lo que sufre, lo que se refiere a su

actividad sexual y lo que remite a sus expectativas laborales. Además, en la entrevista y en la exploración el médico cuenta con autorización implícita para traspasar las más secretas barreras de la piel y del alma sin que ello cree “anticuerpos” ni siquiera llame la atención.

Por más que sea lugar común entre los médicos que los pacientes han perdido la fe en ellos, y que cada vez son más críticos con la ciencia médica, la práctica diaria demuestra encuentro tras encuentro a pacientes entregados a sus médicos. Los pacientes han cambiado y cambiarán pero la intensidad del encuentro médico-paciente ha cambiado y cambiará poco (por más que algunas condiciones puedan disminuir esa intensidad, como las tareas burocráticas innecesarias y las aplicaciones informáticas absurdas).

Es la intensa fuerza del encuentro el estímulo para una práctica clínica digna y honrada, llena de cuestiones y de búsqueda de las mejores respuestas.

En el encuentro médico-paciente dos seres humanos comparten información confiados en la mutua sinceridad para encontrar la mejor respuesta posible ante el sufrimiento de uno de ellos, con el conocimiento y habilidades profesionales del otro. Se comparten expectativas y sentimientos, conocimientos y limitaciones. Nada sería posible sin la convicción del paciente, ese convencimiento de la capacidad de ayuda del médico. La sala de espera se llena porque la sociedad, la población, la comunidad, las familias y los pacientes creen en los médicos. Lo que lleva al paciente al encuentro es el convencimiento de que es positivo un intercambio de información entre el que sufre y el que sabe algo sobre el alivio del sufrimiento.

Los encuentros se basan en lo que Albert Jovell llama “contratos psicológicos” mediante los cuales las partes damos por sentado que cumpliremos las expectativas generadas por ambos lados; respectivamente búsqueda sincera de ayuda y gestión digna y honrada de la respuesta profesional (4). Por ello toda consulta, todo encuentro es sagrado. Sagrado en el sentido de único, frágil, y digno del máximo respeto. Hay, además, algunas consultas especialmente sagradas, como aquellas en que se pide eutanasia, o se

comunica el resultado positivo de un embarazo, o se entrevista por primera vez al paciente, o se reconoce un error, y muchas más (5). En este sentido los encuentros clínicos obligan de continuo a la reflexión, a la ponderación de la actuación del propio profesional.

El estímulo de la convicción y de las expectativas del paciente es continuo y poderoso. Los pacientes creen en nosotros. ¿Qué menos que dar respuesta a esa fe con algo de conocimiento? La confianza del paciente en su médico de cabecera conlleva el deseo de dar respuesta a la misma. Será siempre una respuesta imperfecta, pero honrada si damos lo mejor de nosotros mismos y si reconocemos las limitaciones e imperfecciones de la misma.

En síntesis, si hay quien cree en nosotros, los médicos generales, ¿cómo no vamos a creer nosotros en nosotros mismos?

Creer en nosotros significa ser curiosos, asombrarnos, hacer preguntas, buscar respuestas y ser sanamente escépticos. Con pragmatismo, creer en nosotros es tratar de acercar nuestra práctica a los niveles máximos posibles de calidad científica, técnica y humana.

¿Qué hacer cuando no creemos en nosotros mismos?

El desarrollo profesional es y debería ser sobre todo una cuestión personal. Pero, puesto que los servicios sanitarios se pagan por terceros (a través de impuestos en lo público, o de primas en lo privado), la calidad en el acto clínico y el estímulo para el desarrollo profesional también procede/debería proceder de los gestores y administradores de los recursos.

El estímulo clínico personal para el desarrollo profesional se puede y se debe complementar con sistemas de premio y castigo (sistemas de incentivos) que promuevan una práctica basada en el mejor conocimiento científico (6).

Si hay médicos generales que no creen en sí mismos y que no se ven estimulados por los pacientes conviene que se les estimule por otros mecanismos (monetarios y no monetarios) mientras ejerzan como clínicos.

Los sistemas de incentivos de la organización sanitaria tratan de reforzar las conductas positivas y de evitar las conductas negativas de los profesionales. Los incentivos son parte de las reglas del juego con las que los médicos ejercemos en el ambiente concreto en que trabajamos. Mediante los incentivos se trata de evitar la parte de ignorancia y de falta de calidad de la variabilidad clínica.

Nótese que hablo de incentivos, no de actividades de formación continuada. Incluso en el caso de que el médico general tenga lagunas evidentes no conviene rellenarlas con métodos de “aluvión”, sino a través de los incentivos profesionales que llevan a despertar su curiosidad y su asombro, su capacidad de hacer y de responder preguntas clínicamente relevantes. Es decir, no se trata de más y más actividades de formación continuada, sino del fomento del desarrollo profesional personal para lograr tener médicos generales sanamente escépticos, honrados y dignos en la consulta.

Teóricamente no serían necesarios los incentivos a los médicos, dado el nivel de exigencia ética que conlleva su trabajo con pacientes. En la práctica los incentivos pueden ayudar a establecer y conservar conductas y pautas apropiadas, a promover el desarrollo profesional personal y colectivo. Por ejemplo, es intolerable que muchos pacientes con insuficiencia cardiaca no se beneficien de los tratamientos adecuados. Y en general, resulta intolerable que sean veinte años de media los que transcurran entre la demostración de las ventajas de una pauta en los ensayos clínicos y su aplicación generalizada en la práctica diaria.

El desarrollo profesional tiene por objetivo acercar la efectividad a la eficacia, de forma que el médico general ofrezca servicios de calidad a lo largo de toda su vida. Lo ideal es combinar estímulos a partir de los pacientes con incentivos de la organización. Necesitamos médicos curiosos, con capacidad de asombro y de hacerse preguntas y dispuestos a buscar respuesta que mejoren la dignidad y honradez en el trabajo diario, y deberíamos premiarlos por ello con incentivos varios.

Se trata, además, de ofrecer seguridad clínica. Es decir, ofrecer lo que se necesita al 100% de los pacientes que lo precisan y no ofrecer lo que no necesita al 100% de los pacientes que no lo precisan. En la búsqueda de este imposible ideal es imprescindible el desarrollo profesional.

EL DESARROLLO PROFESIONAL COMO FORMA DE REDUCIR LA BRECHA ENTRE LO QUE PODRÍAMOS OFRECER Y LO QUE OFRECEMOS

De continuo se demuestra la existencia de un verdadero abismo que separa la práctica clínica de su ideal (7). En vez de abismo hablamos de brecha, pero

sólo por caridad, para no ofender. Salvar este abismo es el objetivo del desarrollo profesional.

Llamamos calidad a todo lo que disminuye la brecha entre eficacia y efectividad. Es decir, es calidad lo que contribuye a acercar la actividad diaria al ideal. Por ejemplo, respecto a la vacunación antitetánica lo ideal es que toda la población cumpla con las pautas de la vacunación hasta los catorce años, y que se revacune una vez en toda la vida, en torno a los sesenta y cinco años. En la práctica las mujeres ancianas no están vacunadas, o no se han revacunado, y son las que mueren por tétanos. Además, se revacuna en exceso a toda la población (con una pauta de “cada diez años”, sin fundamento científico) y a todos los que tienen heridas y toman contacto con el sistema sanitario. Introducir calidad es lograr vacunar a las mujeres ancianas, y evitar la revacunación cada diez años y en los pacientes que se atienden por heridas y que ya cumplieron el calendario vacunal hasta la adolescencia.

Nótese que calidad es tanto hacer más (vacunar a las ancianas) como hacer menos (no revacunar cada diez años ni vacunar a los pacientes con heridos correctamente vacunados).

Mejorar la calidad es acercarse al ideal (7). Muchas veces el verdadero reto es saber cuál es el ideal. En el ejemplo comentado de la vacuna antitetánica contamos con una pauta clara por más que sea poco conocida o mal aceptada por profesionales y pacientes acostumbrados a la rutina de “cada diez años y siempre que se haga una herida”. Pero en la mayoría de los casos y situaciones las cosas no están tan claras. Por ejemplo, ¿cuál es el ideal en pacientes con síntomas y signos médicamente inexplicables cuando se mantienen durante años? Así, es difícil definir la mejor pauta diagnóstica y terapéutica ante un vértigo o ante un dolor abdominal persistente. En otro ejemplo, ¿cuál es la duración ideal de una baja por ansiedad?

Naturalmente, la búsqueda de respuestas “ideales” implica que la práctica clínica diaria es siempre mejorable. Esta certeza es la que se contagia al infectar de escepticismo a estudiantes y residentes. Esta misma certeza es la

que sustenta el desarrollo profesional del médico general que ofrece atención digna y honrada, que se mantiene curioso y capaz de asombro y que sabe formular preguntas y buscar soluciones a sus limitaciones y a su ignorancia.

La idea de la búsqueda permanente de la mejor respuesta a los problemas de los pacientes es lo que subyace a la curiosidad, el asombro, el hacer preguntas interesantes y el buscar respuestas a las mismas. En el ejemplo de la vacuna antitetánica se trata, como en todo, de cuestionar la práctica establecida, de ser escépticos permanentemente. Es cierto que la vacuna antitetánica correctamente aplicada disminuye casi totalmente la posibilidad de tener tétanos, pero también es cierto que la pauta habitual es excesiva, con más perjuicios que beneficios. De ahí la necesidad de buscar alternativas. Pues bien, lo mismo sucede con toda la práctica clínica, tanto en prevención como en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Por definición no hay nada finalmente resuelto, siempre cabe la mejora. Con esta premisa el desarrollo profesional es obligado.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

En lo práctico, para reducir la brecha entre la efectividad y la eficacia, los pasos a dar son:

1. Mantener un sano escepticismo a partir de la práctica diaria que “cebe” la curiosidad, el asombro, las preguntas y la búsqueda de respuestas a las mismas. No podemos permitirnos caer en un nihilismo destructivo, pero tampoco en la complacencia absurda. El trabajo diario con sus imperfecciones, dudas y limitaciones es la fuente inagotable del saber. El estímulo para el desarrollo profesional proviene del trabajo de cada día, de los pacientes. Son clave la intensidad de los encuentros, la

convicción de los pacientes en nuestro buen hacer, y las expectativas de mejora de la atención.

2. Aceptar el contrato psicológico implícito con el paciente en todos los encuentros. De esta forma nos sentiremos obligados a no considerar ninguna pauta clínica como definitiva, por más que se haya convertido en rutina. La confianza del paciente y sus expectativas de una respuesta adecuada a su situación son el acicate inagotable para la mejora continua. Ejercer de médico general es comprometerse con el paciente, es aceptar la parte del contrato que exige la mejor respuesta profesional. También, ejercer de médico general es considerar sagradas los encuentros, y llenarlos de calidad humana, científica y técnica. Y ello es imposible sin un constante desarrollo profesional.
3. Establecer mecanismos para mantenernos actualizados en aquello que es más frecuente en la actividad del médico general. Este mecanismo debe ser particular y adaptado al propio médico, a los pacientes y las circunstancias en que se ejerce. Hay quien lee en inglés y otros idiomas y accede con facilidad a las fuentes originales en su versión electrónica, y quien prefiere el español y las revistas y fuentes gratuitas escritas. Hay quien ejerce casi en solitario en el medio rural y quien cuenta en el mismo medio con un grupo de compañeros estimulantes. Hay quien tiene muchos inmigrantes búlgaros y quien atiende a muchos chinos. En cada caso el mecanismo para mantenerse actualizado en lo frecuente es diferente, pero el mecanismo en sí es imprescindible. La actualización permanente da confianza, nos hace confiables al paciente, además de generar auto-estima y un círculo virtuoso de mejora continua.
4. Ser capaces de aplicar en nuestra práctica diaria aquello en que nos actualizamos. Por ejemplo, de nada sirve saber que los beta-bloqueantes mejoran la insuficiencia cardiaca si no nos damos cuenta de que no los empleamos en los pacientes con insuficiencia cardiaca. Este paso exige una mezcla de ciencia y arte pues trasladar los conocimientos teóricos a la práctica clínica es un ejercicio "riesgoso". En muchos casos el conocimiento teórico procede de ensayos clínicos en condiciones muy alejadas a las de la práctica del médico y del paciente concreto. A veces todo lo que hay es un conocimiento a partir de la

población (por ejemplo, en el caso de las tablas de riesgo) y se da lo que Alvan Feinstein denominó “tragedia clínico-estadística” pues los datos tienen que ver con poblaciones no con pacientes, y es imposible predecir quién se beneficiará y quién se perjudicará con su aplicación en la consulta (8). Conviene la prudencia, la búsqueda autónoma de la mejor respuesta. Ni trasladar automáticamente los resultados de los ensayos clínicos y las recomendaciones de las guías, ni permanecer aislados y encastillados. Nuestros pacientes y sus problemas son siempre muy especiales pero los hallazgos generales no les pueden ser eternamente ajenos. Sirva de ejemplo la introducción de la pauta racional comentada de revacunación antitetánica que exige no sólo su conocimiento sino la modificación de comportamientos adquiridos y fomentados en los pacientes, a lo mejor, por el propio médico que ahora reconoce la necesidad del cambio. No será fácil su tarea, pero tampoco es imposible. Hay que aplicar los nuevos conocimientos a todos los pacientes que probablemente se beneficiarán, y no aplicarlos a ninguno de los pacientes en los que probablemente serán perjudiciales. Todo un reto, el reto de ser médico general.

5. Tener como lema “máxima calidad con mínima cantidad, uso de tecnología apropiada y tan cerca del paciente como sea posible” (9). No basta con la máxima calidad, pues también se muere de exceso. La cuestión puede parecer retórica pero la actividad del sistema sanitario se ha convertido en la tercera causa de mortalidad. Cuando algo no es necesario se convierte en peligroso. Podemos ser ignorantes, pero no inocentes respecto a la peligrosidad de la actividad médica (que cuando es innecesaria no se justifica con ningún posible beneficio). Conviene adecuar la respuesta a las necesidades del paciente tanto en calidad como en cantidad. Por ejemplo, la cirugía menor debe ofrecerse en los casos adecuados, con tecnología apropiada y si es posible y conveniente en la consulta del médico general. En otro ejemplo, la mayor parte de los DIU podrían ponerse en atención primaria. La cuestión en este paso es saber cuándo, dónde y por quién. Pero la tendencia general, apoyada por la evolución tecnológica, es llevar los

servicios y prestaciones tan cerca del paciente como sea posible. Ello exige el desarrollo profesional continuo. Y

6. Atender a los pacientes con una filosofía de “limitación del daño”. No se trata de resolver todos los problemas, sino de limitar los daños de los problemas. Buen ejemplo es el tratamiento de la cistitis en las mujeres, más radical con cefalosporinas que con sulfadiacina pero con más efectos secundarios las primeras (tras la rápida y espectacular curación con las cefalosporinas son más frecuentes las re-infecciones y las candidiasis vaginales). Por supuesto, se trata de dar respuesta a la cistitis, pero no con una rápida curación que conlleve más complicaciones. La actitud de limitación del daño es especialmente importante en atención primaria cuando nos enfrentamos a la co-morbilidad crónica, pues en la mayoría de los casos el objetivo terapéutico no es la curación sino el desarrollo de una vida con la máxima plenitud posible. Por ejemplo, en la enfermedad de Parkinson, o en la artrosis vertebral. Sin desarrollo profesional simplemente se adoptarán las pautas del momento, sin tener una visión global. El paciente se convierte en estas situaciones en una especie de caso clínico con enfermedades sumadas a las que nadie da respuesta en conjunto. Por ello resulta muy difícil limitar el daño inevitablemente provocado por las múltiples intervenciones mal coordinadas. Lamentablemente, hay poco publicado de valor sobre “la limitación del daño”, especialmente en el frecuente campo de la co-morbilidad. El desarrollo profesional continuo y dinámico hace más fácil esta tarea de búsqueda del “menor daño” pues al menos lleva a conocer las limitaciones del conocimiento médico y quita arrogancia a las decisiones clínicas.

Con estos seis pasos el médico general establece una agenda dinámica y continua de desarrollo profesional. Por ejemplo, el caso de una joven embarazada de diez semanas que tiene un aborto espontáneo y es remitida a urgencias donde sufre un legrado que se complica puede llevar a reforzar la agenda de ginecología que todo médico general debería tener. ¿Cuál es la frecuencia del aborto espontáneo? ¿Hay intervenciones que puedan disminuir

la probabilidad del aborto? ¿Qué es mejor hacer ante el sangrado vaginal durante el primer trimestre del embarazo? ¿Cuáles son los signos de alarma en un aborto espontáneo? ¿Qué impacto tiene el aborto en la mujer y en su familia? ¿Qué problemas éticos plantea el aborto espontáneo y su seguimiento? Contestar a estas simples cuestiones lleva a todo un conjunto de actividades, desde la búsqueda bibliográfica a la selección de lo mejor a leer, el contacto con algún ginecólogo sensato, el análisis de los protocolos y guías al respecto, la asistencia a algún curso-charla y hasta la publicación de algunas de las conclusiones a las que llegue el médico general (o, al menos, su puesta por escrito en una lista electrónica de médicos generales). Al final, se rellena un hueco y se abren cien puertas, para seguir al día. Por ejemplo, respecto a la fertilidad humana, campo concreto sobre el que sabemos poco.

Así, la agenda responde a los intereses concretos del médico general y a su mundo de práctica, y los campos a que se refiere cambian con el paso de los años y los cambios tecnológicos, sociales, culturales y científicos.

TRES ETAPAS CLAVE

El desarrollo profesional hunde sus raíces en la etapa estudiantil, pero no consideraré esos aspectos. Supongamos tres etapas clave, la de la residencia, la del comienzo del trabajo profesional y la de la madurez de mismo que acaba con la jubilación. En estas tres etapas hay de continuo trabajo clínico; es decir, encuentros médico-pacientes para cuyo mejor resultado se precisa de un desarrollo profesional continuo y dinámico.

1. En el caso del residente lo fundamental es el tutor. Es decir, si el propio tutor no tiene una agenda personal de desarrollo profesional basada en los seis pasos previamente comentados difícilmente será capaz de estimular al residente para que comience a elaborar su propia agenda.

Pero incluso con un mal tutor, convendría que hubiera unos hitos o marcas a cumplir por todo residente, como el simple cuaderno de anotaciones con preguntas, cuestiones y problemas surgidos en las distintas rotaciones. No puede ser que el residente cumpla con rotaciones sincopadas que le lleven al convencimiento de que los especialistas saben lo que él nunca sabrá. Es cierto que los especialistas dominan (o deberían dominar) profundamente algunos campos específicos de su especialidad, pero el médico general debería conocer mejor lo referente a las enfermedades y situaciones frecuentes de esa especialidad. Por ejemplo, respecto a la insuficiencia cardiaca el médico general debería saber más que el cardiólogo, ya que es situación frecuente en la clínica. Otra cosa es el dominio esperable del cardiólogo en lo que se refiere, por ejemplo, a una grave angina de pecho inestable, o a una insuficiencia cardiaca descompensada que requiere trasplante cardiaco. Por consecuencia

y siguiendo con el ejemplo, la rotación del residente en cardiología es ocasión ideal para que aprenda los límites de dicha especialidad, y la conveniencia de la derivación de determinados pacientes a la misma.

El residente debería empezar a establecer su propia agenda de desarrollo profesional a partir de los seis pasos señalados. Su rotación por las distintas especialidades debería servir para destacar las limitaciones de las mismas, el solapamiento con el campo de la medicina general, y el impacto de las nuevas tecnologías. También para introducir al residente en la prevención cuaternaria, la evitación de los daños que provoca la actividad del sistema sanitario. Es un privilegio rotar por las especialidades y poder observar “en vivo y en directo” los aciertos y excesos a los que lleva la visión monocular y microscópica del especialista, al tiempo de valorar la calidad de los cuidados (el esfuerzo por salvar la brecha entre la efectividad y la eficacia).

Centrados en el foco de su especialidad los especialistas llegan a ignorar todo sobre el conjunto del paciente y sobre los daños que su actividad genera. Buen ejemplo es el reconocimiento del niño sano en pediatría, una actividad inútil y peligrosa que genera de continuo azarosas definiciones de normalidad, con derivaciones innecesarias y el daño consiguiente.

En la rotación por las especialidades el residente puede apreciar, si está bien guiado, el impacto práctico de la tecnología en el cumplimiento del lema “máxima calidad, mínima cantidad, uso de tecnología apropiada y tan cerca del paciente como sea posible”. Por ejemplo, resulta absurdo el cuasi-monopolio de la ecografía cardiológica por radiólogos y cardiólogos, cuando es técnicamente posible que el médico general utilice directamente el ecógrafo en su consulta, también para cuestiones de cardiología. Otro sí, el uso de la electrocardiografía, que de ser técnica de laboratorio de investigación a principios del siglo XX ha pasado incluso al domicilio del paciente a principios del siglo XXI. Sin embargo, los especialistas están de continuo afectados por un síndrome del barquero que les lleva a retener técnicas y pautas que serían de aplicación en atención primaria, y a veces en el propio domicilio del paciente (10). Sirve a este respecto también de ejemplo el control de la INR, ejercido por

hematólogos durante décadas, en contra del desarrollo tecnológico y de la mejor salud del paciente.

El residente debería aprovechar las rotaciones para transformar lo que ahora es un conocimiento sincopado y frustrante en un estímulo para el desarrollo profesional de por vida. No se trata, por supuesto, de ver sólo los problemas que genera la atención especializada, sino de aprovechar las rotaciones para aprender a utilizar apropiadamente la derivación, y para situar en su sitio a los especialistas. La atención especializada no es “superior” ni mejor que la primaria, es simplemente otro nivel en el que cabe la misma exigencia general de salvar la brecha entre eficacia y efectividad, y es clave que el residente rote con esta óptica. Por supuesto, para conocer la eficacia el residente precisa del tutor en el sentido de seleccionar y delimitar los problemas en los que es manifiestamente mejorable la calidad de la atención especializada, y en la búsqueda de las mejores pruebas y ensayos clínicos que marcan la eficacia. Por ejemplo, respecto al uso de pruebas pre-operatorias en cirugía. O respecto a los ingresos por broquiolitis en pediatría. O respecto al seguimiento de los cánceres de mama *in situ* en ginecología. O respecto a la selección de los pacientes con “canal medular estrecho” en neurocirugía. O respecto a la “prevención del cáncer de próstata” en urología. Etc. Son muchos los casos en que es un abismo real el que separa la práctica diaria de los especialistas (la efectividad) de lo que sabemos tiene fundamento científico demostrado (la eficacia). Pero en todo ello el residente precisa de la guía del tutor, pues conviene una racionalidad docente para que el residente perciba los problemas y en su estudio vaya construyendo una agenda de desarrollo profesional.

Hay muchas formas prácticas de llevar a cabo lo propuesto. Un ejercicio sencillo es el registro de un día al azar en cada rotación por especializada y el examen conjunto entre residente y tutor de los retos que plantea cada paciente y problema atendido. ¿Debería haber sido atendido en ese nivel? ¿Hubo cuestiones en torno a la prevención cuaternaria? ¿Cada paciente y cada situación, se consideraron sólo en su faceta biológica? ¿Qué limitaciones científicas y tecnológicas es esperable que se superen en el próximo futuro de forma que sea posible ofrecer la misma o mejor atención en primaria? ¿En qué

casos el residente y el tutor precisan mayor conocimiento y mejores habilidades para dar respuesta a los problemas planteados? ¿Se intentó salvar el abismo entre efectividad y eficacia respecto los problemas de los pacientes de ese día? ¿Hubo errores, y en su caso se advirtieron? Si el especialista siguió algún protocolo/guía clínica, ¿tiene fundamento científico? Etc.

Lo clave es que el residente adquiera el hábito de indagar acerca de la actividad clínica, de forma que ponga en contexto lo aprendido y le sirva para el inicio de un desarrollo profesional personal dinámico.

2. Respecto al comienzo del trabajo profesional, el médico general se enfrenta por primera vez con total responsabilidad a las demandas y necesidades de los pacientes. Inicia y consolida un estilo de práctica clínica, heredero de lo que aprendió en sus tiempos de estudiante y residente, pero que puede y debe perfeccionar para adaptarlo a los pacientes concretos a los que atiende.

El fenómeno de la “firma médica” demostrado por muchos y entre otros por John Wemberg, resulta desconocido en la práctica. Así, cada médico e institución mantiene a lo largo de décadas una actividad sesgada en determinado sentido, que apenas cambia con el paso de los años, los avances tecnológicos y científicos y los cambios sociales (11). Por ejemplo, el médico general que deriva mucho deriva mucho desde el inicio de su actividad profesional hasta su jubilación. Y el hospital en que se hace muchas histerectomías mantiene tales tasas aunque cambien incluso de profesionales por el paso del tiempo.

Conviene que al comienzo del trabajo profesional el médico general sea consciente de su “firma”, pues ello le permite establecer un punto de inicio del desarrollo profesional que pueda cambiar y mejorar dicha firma.

El estilo de práctica de cada médico es lo que introduce mayor variabilidad en la clínica. El estilo de práctica depende del conocimiento, habilidad y actitud, de la personalidad del médico, y de su formación y propia biografía. Por ejemplo, una médico general cuyo padre haya sido alcohólico y maltratador tendrá respuestas muy distintas (ante dichos problemas) que la médico general sin estos antecedentes. A veces son cuestiones sutiles las que tienen impacto en

el estilo de práctica. Por ejemplo, la participación como residente en un ensayo clínico sobre antidepresivos puede cambiar de por vida la actitud del médico general en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes depresivos.

Lo importante es que el médico general tenga idea de su firma, de su estilo de práctica clínica, de sus sesgos y limitaciones. No es lo mismo el examen uno a uno de los pacientes atendidos y de nuestras respuestas profesionales que el análisis del conjunto de nuestras respuestas. Como casi siempre, el todo es más que la suma de las partes. Está bien el estudio de un día de la consulta elegido al azar, como he sugerido para el residente en sus rotaciones, pero muchas cuestiones se delatan al estudiar el conjunto. Por ejemplo, el día de registro al azar el médico general puede haber tenido un comportamiento marcado por la primera consulta del día, muy conflictiva y que modificó toda su conducta ese día; con el estudio del estilo de práctica a lo largo de meses (y años) estas oscilaciones y cambios se corrigen. De ahí la importancia de su análisis para la elaboración dinámica del desarrollo profesional.

Además de ser consciente de su firma, el médico general que inicia su trabajo profesional debería comparar su población de pacientes con las poblaciones en que se formó. Por ejemplo, no es lo mismo ser estudiante y residente en Zaragoza capital que ejercer de médico general en un pueblo de dicha provincia, como Santa Cruz de Grío. La demografía, la geografía, la economía, la cultura, y demás, todo es peculiar de cada entorno y conviene ser consciente de ello. Por ejemplo, incluso el idioma adopta usos locales, y rilar predomina para nombrar temblar en determinadas zonas, por ejemplo. El lenguaje implica una forma de pensamiento y de “estar” en el mundo que conviene conocer. Sin ese conocimiento es difícil establecer una agenda de desarrollo profesional.

De enorme interés es valorar los usos clínicos previos en la población con la que trabajamos. Por ejemplo, si un médico general previo sufrió hipotiroidismo y se acostumbró a derivar a todos los pacientes con tal enfermedad al especialista, el nuevo médico general necesitará un mayor conocimiento en este campo para lograr que los pacientes dependientes del endocrinólogo

vuelvan a primaria. En otro caso, si un médico general previo trataba los catarras con antibióticos, necesitaremos conocimiento adicional que nos dé seguridad a nosotros mismos y crédito ante la población para limitar el tratamiento del catarro a lo lógico.

Por supuesto, el médico general que inicia su actividad profesional no puede esperar a tener toda la información para establecer su propia agenda de desarrollo profesional. Por su formación ya debería saber los campos en que está más limitado, o en que hay más cambio tecnológico. Además, desde el primer día de consulta se enfrentará a retos imposibles, a errores y a dudas constantes de forma que crear y alimentar el círculo virtuoso del desarrollo profesional es una necesidad perentoria que no puede esperar. El desarrollo profesional es un proceso dinámico que se perfecciona con el paso del tiempo, pero que conviene tener en marcha siempre, sin esperar a perfecciones absurdas.

Conviene que el médico general que empieza su vida profesional tenga idea de los recursos con los que cuenta para mantenerse al día. Los recursos al alcance del médico general son clave para determinar su desarrollo profesional. Y no hay que pensar sólo en los recursos institucionales. Por ejemplo, no es lo mismo contar en la cercanía con farmacéuticos de oficina de farmacia que desarrollan proyectos de investigación y están dispuestos a colaborar en el seguimiento de pacientes (por ejemplo, para evitar embarazos no deseados) que trabajar en el medio rural con una farmacéutica que sólo está pendiente de la caja. Tampoco es lo mismo contar con conexión gratuita a la biblioteca de la facultad de medicina que carecer hasta de ordenador.

En todo caso, el desarrollo profesional cabe incluso con las máximas carencias de recursos. Muchos médicos generales se quejan de falta de tiempo y carencias de medios materiales. La cantidad apropiada de tiempo y de medios materiales es relativa. En general, la falta de tiempo y de medios materiales suele ser expresión de cansancio ante la vida profesional y de desidia ante el reto de la práctica clínica, no de falta real de tiempo y de recursos.

Como vimos, la curiosidad, el asombro, el hacerse preguntas y buscar respuestas, el sano escepticismo y la dignidad y la honradez en el encuentro médico-paciente están en la base del desarrollo profesional, y todo ello tiene poco que ver con el tiempo y los recursos disponibles. Tiempo y recursos que en esta España nuestra son sobre-abundantes, por otra parte. Por supuesto, el principal recurso es el tiempo, y el tiempo es elástico, depende del deseo y de la determinación. Siempre hay tiempo, si el tiempo no se quiere limitar al pagado y estipulado. Hay un estilo de mala práctica del mal funcionario que debería evitar el médico general que comienza su vida profesional, incluso si trabaja en lo público y ese es el ejemplo que le rodea.

El desarrollo profesional casa mal con ese estilo de trabajo de mal funcionario. Si se quiere trabajar de ocho a tres, y dedicar todas las tardes al golf (es un ejemplo) más vale cambiar de profesión antes de que pasen años. Ser médico es un compromiso con los pacientes que exige siempre tiempo extra, aunque no es incompatible con una vida personal plena.

3. En la etapa de madurez del trabajo profesional que llega hasta la jubilación lo difícil es evitar la rutina, el cinismo y el cansancio. No hay nada que anule más el desarrollo profesional que creer saber todo, considerar que ya se ha visto todo y/o pensar que no hay nada que cambiar (o que nada es cambiabile a mejor). Estas creencias y pensamientos son incompatibles con la prestación de una atención clínica digna y honrada. Nuestra dignidad profesional es la dignidad de nuestros pacientes, y por ello no podemos renunciar nunca a intentar ser dignos y honrados.

La experiencia no es un rango. Es cierto que la destreza se afianza con la práctica, pero también que la repetición de los actos no siempre lleva a su perfección sino en muchos casos a su degeneración. De nada vale haber hecho, por ejemplo, mil cosas bien si se puede hacer mejor, o si cada vez se hace peor. A veces la inseguridad es preferible a la falsa seguridad. Incluso en cosas simples como la auscultación cardiaca se demuestra una pérdida de habilidades con el paso de los años. Por ello el desarrollo profesional no acaba sino con la jubilación.

Además de excluir la experiencia como un argumento de autoridad, la etapa de madurez exige la evaluación de la agenda de desarrollo profesional y su comparación con pares de reconocido prestigio. No cabe ceder al orgullo de un desarrollo profesional aparentemente impecable, lejos de la rutina y del cinismo. Tanto el residente como el profesional próximo a jubilarse deberían compartir un espíritu emprendedor, de cambio sostenido en la búsqueda de la perfección imposible. La complacencia tiene que ser la suficiente para mantener una auto-estima productiva, pero no para mantenernos en un nirvana paralizante. Es cierto que resulta agradable ver en uno mismo el resultado de décadas de esfuerzo por mantener un estilo de práctica digno y honrado, pero no es menos verdadera la certeza de que incluso cometeremos errores el último día de consulta (antes de la jubilación). La búsqueda de la evitación de los errores y de la seguridad de los pacientes es un imposible que no se conseguirá nunca, pero por el que hay que luchar a diario, hasta el final del trabajo clínico. Este acicate permite mantener viva la agenda del desarrollo profesional a lo largo de toda la vida activa del médico clínico.

Dicen que nadie perdura en la dificultad, que nadie supera la adversidad constante. Por ello hay que encontrar de continuo el acicate que dé brillo al trabajo clínico, que nos haga sentir la satisfacción del trabajo bien hecho. Cometeremos errores, sin duda, pero también tendremos aciertos, casos bien enfocados, pacientes agradecidos por nuestra atención, consultas especialmente sagradas bien resueltas, y demás. Hay que buscar cada día el recuerdo del acto bien hecho, de lo que salió casi perfecto, para compensar el amargor del error, del exceso de incertidumbre y de los problemas mal resueltos. Encontrar el acicate diario es posible sólo si tenemos una agenda de desarrollo profesional que cumplamos hasta la jubilación.

En la consulta echamos a diario un pulso a los pacientes y a la organización sanitaria en que trabajamos. Es un pulso por el cual nos decantamos entre la irracionalidad romántica (todo para el paciente) y la irracionalidad técnica (todo para la sociedad). Según casos y situaciones nos inclinamos por las dosis de irracionalidad que mejor se adaptan a los problemas del paciente. Es difícil

mantener un equilibrio apropiado sin un desarrollo profesional constante. Por ejemplo, ante el paciente con lumbalgia hay que lograr un tratamiento lógico que evite daños; ello implica el uso adecuado de múltiples recursos clínicos, desde la enseñanza al paciente de “forma de uso” de su espalda hasta la baja laboral, pasando por la medicación y el uso de tecnologías de la imagen (12). En ese paciente es esencial discriminar a los que tienen una lumbalgia clínica inespecífica de los que, por ejemplo, puedan tener tuberculosis vertebral. Todo un conjunto de decisiones difíciles de tomar si no se cuenta con una agenda de desarrollo profesional dinámica y permanente. Por ejemplo, para poder aconsejar con cierto conocimiento y ciencia acerca de las perspectivas de la cirugía en los pacientes con lumbalgia.

Por último, nada perjudica más al desarrollo profesional que el triste convencimiento de que “esto no lo cambia/arregla ni dios”. A veces nos invade la sensación de que la sociedad camina en sentido erróneo, y de que los profesionales van a remolque de los intereses puramente comerciales, de que todo se ha convertido en banal, y de que la organización sanitaria carece de rumbo y de lógica. Con esa sensación es fácil rendirse y abandonar un desarrollo profesional que parece enfrentarse a cambios que nos exceden y aplastan. Pero nosotros somos parte de la sociedad y de la propia organización sanitaria y nuestro trabajo digno y honrado puede y debe ser un ejemplo.

Al menos, en medio de la quema, el ser un médico general que evite daños innecesarios será clave para muchos pacientes. No es solución el cinismo, sino parte del problema. El desarrollo profesional ayuda a mantener redes de médicos generales y especialistas que se reconocen entre sí y que ayudan a la supervivencia de un sistema sanitario que necesita la sociedad y nuestros pacientes.

Conviene recordar a José Agustín Goytisolo

...

nunca te entregues ni te apartes

junto al camino nunca digas

no puedo más y aquí me quedo

...

Nuestros pacientes esperan lo mejor de nosotros incluso cuando nos despedamos, en la última entrevista profesional. Su convicción es el estímulo que debería mantener viva la agenda de desarrollo profesional hasta el último día.

Si desarrollo profesional es empezar y terminar la vida clínica con sentimientos humanos y científicos de curiosidad y de asombro, el médico general se jubilará con cuestiones sin resolver que pueden ayudar a que su vida profesional no acabe bruscamente, y se aproveche su conocimiento en, por ejemplo, asesoría a tutores de residentes.

LOS BENEFICIOS DEL DESARROLLO PROFESIONAL

El desarrollo profesional en los términos que propongo tiene múltiples ventajas, tanto para el propio médico general como para el paciente y la organización sanitaria.

Con este desarrollo profesional el médico general trabaja en un círculo positivo de mejora de la calidad clínica que depende casi enteramente de sus propias fuerzas. Ello es cansado, pero la independencia no tiene precio. El coste de ser responsable de la propia formación revierte en capacidad prudente de decisión. El médico general logra así una independencia intelectual y científica que le da autonomía y le permite tomar decisiones de las que es plenamente responsable. No hay gerente ni técnico de salud, ni responsable de docencia, ni experto, ni especialista, ni industria, ni congreso, ni sociedad científica que determine el rumbo de lo que se sucede en la consulta, en cada encuentro. En la consulta el médico y el paciente se encuentran en su respectiva soledad, y conviene que el médico sea capaz de tomar decisiones autónomas de las que se responsabilice plenamente.

El círculo positivo de mejora de la calidad clínica conlleva sentimientos de autoestima del médico general. Con el cumplimiento de la agenda de desarrollo profesional el médico adquiere confianza en sí mismo, incrementa su autoestima y adquiere independencia intelectual y científica. Si hay lógica en

dicha agenda, el resultado final es un médico general sanamente escéptico que ofrece una atención digna y honrada en que no cabe la satisfacción excesiva ni el nihilismo destructivo. El médico general adquiere una autoridad humilde; es decir, obtiene crédito de compañeros y especialistas y de los pacientes y de sus familiares, incluso de los directivos, pero sabe de sus limitaciones e imperfecciones, de forma que nunca se convierte en el médico general agresivamente arrogante y orgulloso (habitualmente por ignorante, pues no hay nada más atrevido que la ignorancia).

Este médico general probablemente cometa menos errores, y sobre todo los identifique con más frecuencia. Identificar errores contribuye a mejorar y alimentar el desarrollo profesional. Y lleva a repararlos, a explicarlos al paciente y a mantener la confianza entre médico, paciente y familiares.

Para el paciente, el tener un médico general con agenda de desarrollo profesional equivale a tener un seguro contra los excesos de la actividad sanitaria. El paciente desea recibir los cuidados que precisa, y sólo los que precisa para no sufrir efectos adversos evitables por cuidados innecesarios o inapropiados. Es decir, el paciente busca seguridad en su contacto con el sistema sanitario. Y seguridad es ofrecer servicios al 100% de los pacientes que lo precisan y no ofrecerlo a ninguno que no lo precisa. Por ejemplo, ofrecer tratamiento hipolipemiente a los pacientes que lo precisan y no ofrecerlo a ninguno que no lo precise. Esta seguridad sólo la puede ofrecer un médico general con una agenda de desarrollo profesional apropiada.

Un médico con una agenda de desarrollo profesional continua y dinámica ofrece cuidados apropiados, de máxima calidad, en cantidad mínima, tan cerca del paciente como sea posible. Eso significa, por ejemplo, hacer posible morir en casa con dignidad, algo de valor inconmensurable para muchos pacientes y sus familiares.

Además, es fácil que el paciente tenga confianza y dé crédito al médico general que cumple de continuo una agenda de desarrollo profesional. Puede ser que a veces no se entiendan algunas cosas; por ejemplo, la frecuente negativa a

prescribir antibióticos en infecciones respiratorias altas (sinusitis, otitis, faringitis y demás), pero al final se demuestra la utilidad de las decisiones. Así, la negativa a utilizar la vía inyectable cuando las jeringuillas y agujas se hervían y no eran de un solo uso salvó a muchos pacientes de sufrir una hepatitis. De la misma forma el uso adecuado de los antibióticos evita muertes por las resistencias (al menos 34.000 anuales en la Unión Europea).

Para la organización sanitaria, y para la sociedad, el contar con médicos generales que cumplan con agendas de desarrollo profesional facilita el uso apropiado de los recursos. Es decir, mejora la eficiencia del sistema, y su equidad. Por ejemplo, la atención adecuada a los niños con diarrea evita su deshidratación y los ingresos hospitalarios consiguientes, más frecuentes entre los niños pobres.

Los médicos generales con agendas de desarrollo profesional contribuyen a mejorar las relaciones entre el sistema sanitario y la población con la consiguiente reducción de las reclamaciones judiciales.

Además, estos médicos contribuyen decisivamente al capital social que constituye el sistema sanitario. Un capital social imprescindible para el desarrollo de lo mejor de la convivencia humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hope A. En busca de una sociedad de camaradería. *Educ Adultos Desarrollo*. 2008;70:241-55.
2. Paños J, Gérvas J. Una estudiante de sexto de medicina en un centro de salud. La opinión de la estudiante *versus* la del tutor. *Dimens Hum*. 1998;2:53-60.
3. Skrabanek P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma; 1992.
4. Jovell A. La confianza. En su ausencia no somos nadie. Barcelona: Plataforma Editorial; 2007.
5. Gérvas J, Pérez Fernández M, Gutiérrez Pares B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009;41:41-4.
6. Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA, Seminario Innovación Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589-96.
7. Ortún V. Mejor (servicio) es más (calidad). *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:267-71.
8. Feinstein AR. The problem of cogent subgroups: a clinicostatistical tragedy. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:297-9.
9. Gérvas J. La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad. *Gac Méd Bilbao*. 2006;103:46-7.
10. Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clín (Barc)*. 2005;124:778-81.
11. Wennberg J. Commentary: A debt of gratitude to J Alison Glover. *Int J Epidemiol*. 2008;37:26-9.
12. Seguí D, Gérvas J. El dolor lumbar. *SEMERGEN*. 2002;28:21-41.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL (por orden alfabético)

- Freudenstein U, Howe A. Recommendations for future studies: a systematic review of educational interventions in primary care settings. *Br J Gen Pract*. 1999;49:995-1001.

- Gérvas J. Autoformación con la Red de “acopañante”. El ejemplo de la gripe A. AMF. 2010;6:72-8.
- Guerra G, Prados JA. Desarrollo profesional continuo. El *portfolio* semFYC, herramienta de aprendizaje para la mejora profesional. Aten Primaria. 2006;37(Supl 1):13-20.
- Martín Zurro A. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). Aten Primaria. 2002;30:46-56.
- Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. BMJ. 2000;320:432-5.
- Slotnick HB. How doctors learn: education and learning accross the medical-school-to-practice trajectory. Acad Med. 2001;76:1013-26.
- Smits PBA, Verbeek JHMA, Buisonjé CD. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. BMJ. 2002;324:153-6.
- Snadden D, Thomas ML. Portfolio learning in general practice vocational training. Does it work? Med Educ. 1998;32:401-6.
- Towle A. Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. BMJ. 1998;316:301-4.
- Towle A. Involving patients in the education of health care professionals. J Health Serv Res Policy. 2007;12:1-2.