

DENTRO DE LA CONSULTA: UN ESPACIO DE TRABAJO CON POSIBILIDADES INFINITAS PARA EL MÉDICO CLÍNICO¹

Lo que gobierna al clínico es el sufrimiento del paciente y de sus familiares. La respuesta estructurada a dicho sufrimiento es parte del trabajo médico diario, pero el buen gobierno clínico exige además flexibilidad y humanidad, que raramente se pueden estructurar. El avance científico y tecnológico es innegable en “los hechos clínicos” diarios, y sin embargo falta mucho del mundo de los valores y de la bioética en el trabajo clínico práctico.

Los valores son aquellas cosas importantes que la sociedad considera como tales; por ejemplo, entre ellos la paz, la convivencia y la salud. La salud es un valor social clave, y para cuidarlo existe todo un sistema público que presta atención curativa y preventiva. Los valores clínicos incluyen el respeto, dignidad, cortesía y empatía en el trato con el paciente, el compromiso de la organización del seguimiento del cuadro clínico, el mantenimiento de conocimientos, habilidades y actitudes del médico, y el uso adecuado de recursos. En atención primaria los valores clave incluyen el control razonable de la incertidumbre, el manejo prudente de los tiempos de atención, la relación personal mantenida a lo largo de los años, la organización flexible que permita la accesibilidad efectiva según necesidad, la polivalencia en la prestación de los cuidados y el rechazo a la tiranía del diagnóstico.

Dada la naturaleza de la práctica médica, la incertidumbre es consustancial al trabajo clínico. Sólo el paso del tiempo da las certezas que faltan hoy en la toma inaplazable de decisiones. No cabe el refugio en la magia de los números ni en la estadística de los ensayos clínicos, que sólo dan respuestas parciales. La incertidumbre genera angustia en el clínico y sólo se puede responder con la decisión prudente, aquella decisión que tiene en cuenta al tiempo los conocimientos y los valores. Entre ellos, la dignidad del paciente y el respeto a sus objetivos en prevención y en curación. Se pueden estudiar muchos problemas de mejor atención en la práctica clínica a través

1 Resumen “de autor” del tercer Seminario de Innovación en Atención Primaria 2010, que tuvo lugar el pasado 15 de octubre, en Madrid. Fueron ponentes **Juan Gérvas** (Médico general, Equipo CESCA, Madrid) y **Javier Padilla Bernáldez** (MIR 3er año Medicina Familiar y Comunitaria, CS Castillejo de la Cuesta, Sevilla). El autor de este resumen es **Juan Gérvas**, (jgervasc@meditex.es www.equipocesca.org), coordinador de los Seminarios de Innovación. El seminario tuvo tres semanas de debate por correo electrónico y una sesión presencial. Participaron en dicha sesión **Frank Amort, Laura Basteiro, Francisco Buitrago, Fernando Casado, Salvador Casado, Josep Casajuana, Ana Cerrada, Rafa Cofiño, Txema Coll, Marta Covadonga Gutiérrez, M^a José Fernández de Sanmamed, José Manuel Freire, Juan Manuel Garrote Díaz, Enrique Gavilán, Raquel Gómez Bravo, María de la O Gracia, Diego Gracia, Virginia Hernández Santiago, Yolanda Lejardi, Alicia Gutiérrez Misis, Rosa Magallón, Teresa Martínez Ruiz, Félix Miguel, Sergio Minué, Ramón Morera, Raimundo Pastor Sánchez, Juan Antonio Pérez Artigues, Mercedes Pérez Fernández, Roberto Sánchez Sánchez, Bernardo Seoane, Elena Serrano, Tiago Villanueva, Concha Violán, Tomás Zapata**. Los Seminarios de Innovación han sido organizados desde 2005 por la Fundación Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, con apoyo desde 2007 del Instituto para la Investigación en Atención Primaria de la Fundación Jordi Gol. Colaboran GSK y habitualmente el Ministerio de Sanidad y Política Social. Los textos de los ponentes se pueden localizar en http://www.fcs.es/jornadas_conferencias/atencion_primaria/atencion_primaria_2010.html

de las narraciones y los estudios cualitativos. Pero en esto se forma poco a los estudiantes y residentes. La carrera y el posgrado se centran en lo biológico, y la formación continuada en lo rutinario, como si fueran innecesarios los valores y las consideraciones psicosociales en lo que respecta al sufrimiento del paciente y en la respuesta al mismo.

A los problemas de la formación, dependa de la Administración o de la industria, se suman los problemas de los incentivos mal diseñados, que en la actualidad se centran también en lo biológico, especialmente en torno a la prevención (con énfasis en lo cardiovascular) y a la prescripción en general (más en cantidad que en uso apropiado). La práctica clínica puede llegar a estar gobernada por los incentivos, con pérdida de la autonomía, independencia y profesionalidad del médico (y en algunos casos, auténticas perversiones para cumplir “a toda costa” con los incentivos). A este ambiente de rigidez pueden contribuir normas inflexibles que impidan, por ejemplo, personalizar la consulta, o que prohíban cosas tan simples como poner revistas en la sala de espera. En el colmo, opuesto pero similar en filosofía, hay ejemplos de exigencia de la variabilidad, de exigencia de la personalización de la consulta, por ejemplo (Plan de las Pequeñas Cosas, en Andalucía, en el que en su día se penalizó a los médicos que preferían el despacho tal cual).

La angustia ante la incertidumbre más la rigidez y uniformidad organizativa pueden llevar a un trabajo de autómatas, de rechazo del seguimiento, de descrédito de la longitudinalidad, a una colusión del anonimato en la que el médico desee que el paciente no aprenda su nombre. En la práctica se incentiva así el traslado frecuente y el trabajo en “pool” (“los pacientes para todos, según turno de llegada, y los avisos a domicilio, idem”), con graves consecuencias tanto en lo científico como en lo humano.

El uso de la inteligencia sanitaria debería llevar a determinar con precisión el “quién, cuándo y dónde” de forma que se lograra el máximo de eficiencia. Ello tiene que ver con la prestación de cuidados por el profesional adecuado, en el momento y lugar oportuno. El objetivo es lograr “máxima calidad, mínima cantidad, tecnología apropiada y tan cerca del paciente como sea posible”. Con ello se busca la prestación de cuidados según necesidad y la reversión de la Ley de Cuidados Inversos (“quien más cuidados precisa, menos recibe; y esto es más intenso cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario”). Se trata de lograr la accesibilidad efectiva, y el seguimiento adecuado de los problemas tras el contacto con el sistema sanitario.

La tecnología puede ayudar, pero en lo inicial es clave la anamnesis y la exploración física. Se comenten “pecados” imperdonables, como olvidar preguntar por nivel educativo, o por estructura familiar, o por situación

laboral, y en la exploración otro tanto, como “el olvido” de la exploración de orificios (boca, ano, vagina) o el desconocimiento de la simple jerarquización de los síntomas respecto al diagnóstico posible. En esto cabe el soporte tecnológico que facilite la transmisión del conocimiento, por ejemplo a través de ayudas a la decisión. Lo ideal es una mezcla adecuada de ciencia y conciencia que ponga en la consulta lo mejor del conocimiento y de la técnica con un trato digno, humano y cordial².

² Este texto se encuentra bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir y reelaborar libremente a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

