

## 14.2 Retos de racionalidad en la práctica clínica



La supuestamente obvia aplicación de racionalidad a la práctica clínica, reviste hoy en efecto un alto grado de dificultad (reto)..

**Autor: Jose Conde Olasagasti**

*Profesor Colaborador en la Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII)*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Conde Olasagusti J. Retos de racionalidad en la práctica clínica [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado día mes año]. Tema 14.2 Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



### **Resumen:**

Aplicar racionalidad clínica exige del profesional, información y conocimiento cabal de lo disponible, junto a criterio experto para aplicarlo juiciosamente a cada paciente concreto teniendo muy en cuenta sus específicas circunstancias y expectativas vitales. Además, el mismo profesional deberá asumir el papel de administrador de recursos limitados para todos los pacientes potenciales del sistema público que el moderno profesionalismo reclama para el médico.

Tarea de tal envergadura no es asumible sin una organización

del propio dispositivo asistencial igualmente acorde con la racionalidad clínica, especialmente en el diseño de niveles, circuitos y derivaciones asistenciales junto a modernos sistemas de información que posibiliten la ubicación de la atención puntual y continuada en el nodo de red más apropiado y eficiente.

## Introducción

2. *Práctica clínica inapropiada*

3. *Desde el paciente bien estudiado al paciente bien atendido*

4. *Información, incertidumbre y quehacer clínico responsable: cuestiones que la Medicina Basada en la Evidencia no resuelve*

5. *Responsabilidad sobre el acto, el proceso, la enfermedad y el paciente*

6. *El médico que tenemos y el médico que necesitamos.*

7. *Recapitulación y síntesis: claves para la racionalidad clínica.*

## Referencias bibliográficas

No se trata solo de que los marcos económicos pongan límites a la aplicación de todo lo técnicamente posible. Antes que ello está la consideración de lo médicamente apropiado bajo una visión más integral y humanista del paciente y de la propia medicina, cuyos fines pueden y deben ser reformulados como en ámbitos académicos y filosóficos se plantea abiertamente hoy.

## Introducción

El título escogido para este tema resulta atractivo por la implícita fuerza expresiva de los dos términos que lo inicia: reto y racionalidad. Como suele suceder con frecuencia, esa fuerza deja de ser implícita y se

manifiesta de modo mucho más rico si acudimos al Diccionario de la RAE.

Así, en el caso de la palabra "reto" tomamos la acepción quinta, que es la que más se acomoda al contexto: Objetivo o empeño difícil y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta.

Por lo que a "racionalidad" concierne, el Diccionario no ayuda mucho, remite a "racional" y por tanto conforme a la razón. Sin embargo aparece un término vecino, "racionabilidad" menos eufónico (y por ello probablemente menos usado) que ofrece

*La supuestamente obvia aplicación de racionalidad a la práctica clínica, reviste hoy en efecto un alto grado de dificultad (reto).*

mayor riqueza definatoria y significación a nuestro título. Dice así: Facultad intelectual que juzga de las cosas con razón, discerniendo lo bueno de lo malo y lo verdadero de lo falso.

Así viene a suceder que la supuestamente obvia aplicación de racionalidad a la práctica clínica, reviste hoy en efecto un alto grado de dificultad (reto).

Al contrario que en otros tiempos se vive asociada a una amplia disponibilidad (gratuita para paciente y médico prescriptor en el sistema público) de medios diagnósticos y terapéuticos que además ha generado en la sociedad unas expectativas desmedidas acerca del poder curativo de la medicina moderna. Si a ello añadimos la irrupción de una creciente litigiosidad por mala práctica, no sorprenderá que la pulsión por aplicar cuanto sea técnicamente posible a todos los pacientes que acuden (o son remitidos) a los facultativos y centros sanitarios, presida el modo de actuar en clínica de muchos profesionales que por otra parte han sido formados en ese escenario y bajo esa atmósfera.

Por otra parte, la descripción del marco en el que hoy se practica la profesión médica en el SNS resulta incompleta si no incluimos la constatación de que la amplitud y complejidad técnica de la moderna medicina ha generado una gran hiperespecialización, con enorme variedad de tipos de profesionales, clases de actos médicos y con la paralela fragmentación despersonalizada del proceso asistencial en el que participan diferentes actores no siempre adecuadamente coordinados.

*La fragmentación despersonalizada del proceso asistencial en el que participan diferentes actores no siempre adecuadamente coordinados.*

Por último, pero no lo menos importante, todo lo descrito acaece en un marco económico con límites estrechados por una recesión que va para largo y amenaza la sostenibilidad pública del sistema.

Aplicar racionalidad clínica va a exigir del profesional, información y conocimiento cabal de lo disponible, junto a criterio experto para aplicarlo juiciosamente a cada paciente concreto teniendo muy en cuenta sus específicas circunstancias y expectativas vitales. Además, el mismo profesional deberá asumir el papel de administrador de recursos limitados para todos los pacientes potenciales del sistema público que el moderno profesionalismo<sup>1,2</sup> reclama para el médico.

Tarea de tal envergadura no es asumible sin una organización del propio dispositivo asistencial igualmente acorde con la racionalidad clínica, especialmente en el diseño de niveles, circuitos y derivaciones asistenciales junto a modernos sistemas de información que posibiliten la ubicación de la atención puntual y continuada en el nodo de red más apropiado y eficiente.

Sin embargo por encima y además de todo ello convendrá reconsiderar las claves de lo que hoy se debe entender por práctica clínica racional.

Planteada la cuestión en los términos hasta aquí expuestos y centrándonos exclusivamente en el rol a desempeñar por el profesional que aspira a la racionalidad clínica se propone una reflexión ordenada en torno a los siguientes ejes:

- a. Práctica clínica apropiada
- b. Del paciente bien estudiado al paciente bien atendido
- c. Información, incertidumbre y quehacer clínico responsable: cuestiones que la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y las Guías de Práctica Clínica (GPCs) no resuelven
- d. Episodio, proceso, enfermedad y paciente: Identificación de responsable y habilidades exigibles en cada nivel.
- e. El médico que tenemos y el médico que necesitamos.

---

## **2. Práctica clínica apropiada**

---

Práctica clínica apropiada sería, de acuerdo al diccionario de la RAE aquella "acomodada o proporcionada para el fin que se destina"

Obsérvese que introduce el concepto cuantitativo de "proporción" particularmente oportuno para caracterizar una actuación médica racional que ha de balancear riesgos y beneficios.

*Uso apropiado aquel en el que "los probables beneficios para el paciente sean superiores a los probables riesgos por un margen suficientemente amplio como para que merezca la pena realizarlo"*

Investigadores de servicios de salud que han ideado un método para caracterizar y calificar el grado de appropriateness de procedimientos médicos definen como uso apropiado aquel en el que "los probables beneficios para el paciente sean superiores a los probables riesgos por un margen suficientemente amplio como para que merezca la pena realizarlo"<sup>3</sup>

Sin embargo, probablemente el modo más sencillo y directo para comprender el significado de lo "apropiado" sea observar el "negativo" recurriendo al antiguo y acreditado principio hipocrático de primum non nocere.

Para ello utilizaremos una versión actualizada y ampliada (Jennet 1984)<sup>4</sup> que introduce el concepto de práctica clínica inapropiada (literalmente de uso inapropiado de tecnología médica) definiendo situaciones que merecen tal calificación

Aunque el autor del trabajo referenciado se refiere al uso de la high technology medicine, las razones de uso inapropiado por él identificadas, son igualmente aplicables a cualquier tipo de intervención en salud o práctica clínica (acto médico).

De acuerdo con el esquema propuesto por Jennet una práctica clínica sería inapropiada por:

- a. Innecesaria:** Porque el objetivo pretendido con su aplicación puede ser alcanzado con medios más sencillos
- b. Inútil:** Porque de su realización no cabe esperar beneficio alguno para el paciente al que se va a aplicar dada su concreta situación.
- c. Insegura:** Porque las eventuales complicaciones derivadas de su aplicación sobrepasan el probable beneficio
- d. Inclemente:** Porque la modificación de calidad de vida esperable tras su uso no es lo bastante buena como para justificar la intervención
- e. Insensata :** Por consumir recursos desproporcionados que

podrían aplicarse a otras actividades más beneficiosas

Son calificativos bien expresivos y aparentemente “duros”. En principio cuesta admitir que prácticas con alguno de esos rasgos se estén produciendo con frecuencia; sin embargo cualquier profesional que practique la medicina en un hospital público (o privado) de hoy, no tendría dificultad en hallar algún ejemplo de actuación real calificable como inapropiada.

Sirva como ejercicio práctico la lectura de los resúmenes de casos clínicos que más abajo se mencionan e inténtese calificar después el grado de inutilidad, innecesariedad, inseguridad, inclemencia o insensatez que puede darse en cada uno de ellos.

### **Ejemplos clínicos**

- Mujer de 85 años institucionalizada en residencia asistida con limitaciones de movilidad que es remitida (en ambulancia) por su médico al especialista de Nefrología para valoración, por haberle detectado en analítica rutinaria una insuficiencia renal moderada (Cr plasmática de 1.6 mg/dl) sin otros signos de enfermedad renal potencialmente progresiva.
- Varón de 79 años con isquemia coronaria y cerebral, con secuelas funcionales por arteriosclerosis generalizada, limitada calidad y esperanza de vida al que se solicita realización de TAC para confirmar la existencia y cuantificar la entidad de un aneurisma de aorta abdominal detectado casualmente realizándole una ecografía abdominal.
- Mujer diabética ciega con limitaciones de movilidad, déficit cognitivo y relacional. Presenta insuficiencia renal avanzada y se plantea la necesidad clínica de iniciar terapia con hemodiálisis crónica.
- Paciente afecto de cancer metastático de origen no determinado sin respuesta apreciable a quimioterapia convencional al que se le va a prescribir antineoplásico de última generación de alto coste esperándose una prolongación de esperanza de vida no superior a tres meses.

Se comprobará que aunque cada uno de ellos es paradigma de una de las dimensiones mencionadas, prácticamente todos incorporan alguna de las otras en mayor o menor grado.

Obsérvese que se trata de situaciones relativamente comunes en la medicina de hoy que no responden a los estereotipos de casos extremos que suelen someterse a complejos juicios bioéticos relacionados con la asignación de recursos limitados y a la dialéctica interés individual versus interés social.

Naturalmente esta aproximación conceptual desde el "lado oscuro" de la práctica médica permite interiorizar cualitativamente lo que debe entenderse por práctica apropiada: útil, necesaria, clemente, segura y sensata.

*Lo que debe entenderse por práctica apropiada: útil, necesaria, clemente, segura y sensata.*

Muchos autores dentro y fuera de nuestro país llevan algún tiempo insistiendo en la promoción de tales pautas de actuación de contenido similar con diferentes denominaciones. Así Gervas y Pérez Fernández<sup>5</sup> en un trabajo incluido en la Relación de Colecciones del e-espacio de la UNED (Escuela Nacional de Sanidad) del que forma parte el presente artículo, denominan medicina armónica a un modo de hacer superponible al aquí denominada práctica apropiada. Hacen especial énfasis en los aspectos de relación personal empática y compasiva con el paciente. Ello incluye una actitud de alerta acerca de los riesgos del sobrediagnóstico y consecuente sobretratamiento que ha llevado a idear un nuevo concepto en el ámbito de la medicina: la prevención cuaternaria para referirse a la actitud y actividades dirigidas a evitar o cuando menos minimizar el daño de las intervenciones sanitarias<sup>6</sup>

*La prevención cuaternaria para referirse a la actitud y actividades dirigidas a evitar o cuando menos minimizar el daño de las intervenciones sanitarias*

No se trata sólo de que los marcos económicos pongan límites a la aplicación de todo lo técnicamente posible. Antes que ello está la consideración de lo médicamente apropiado bajo una visión más integral y humanista del paciente y de la propia medicina, cuyos fines pueden y deben ser reformulados como en ámbitos académicos y filosóficos se plantea abiertamente hoy<sup>7</sup>.

Así pues parece claro que el principio que ha de presidir y anteceder al razonamiento clínico será el de evitar lo inapropiado entendido como hasta aquí se ha venido caracterizando.

### 3. Del paciente bien estudiado al paciente bien atendido.

Una consecuencia indeseada pero probablemente inevitable de la formación médica basada en el paradigma fisiopatológico osleriano y la oferta tecnológica, ha sido la vinculación de la excelencia clínica con la exhaustividad en el manejo diagnóstico del paciente.

“Este paciente ha sido bien estudiado” es una expresión laudatoria que se escucha con frecuencia tras la lectura de un informe clínico prolijo en la descripción de resultados positivos y negativos de multitud de pruebas diagnósticas. Sin negar que a veces, tal afirmación pueda ser correcta, sucede sin embargo que muy a menudo expresa un modo de practicar la medicina tan alejado de la racionalidad clínica como de la atención sanitaria que el paciente busca y espera.

En efecto, la amplia disponibilidad de pruebas diagnósticas no exime al clínico del obligado razonamiento diagnóstico acorde con el padecimiento que el paciente refiere o muestra. Ello incluye al menos los pasos siguientes:

- a. La identificación precisa preliminar del problema que ha motivado la demanda de atención médica. En definitiva las respuestas a las clásicas preguntas que han de iniciar una anamnesis correcta: ¿Qué le pasa? ¿desde cuando? ¿a que lo atribuye?
- b. La caracterización del paciente a través del conocimiento de sus antecedentes (y comorbilidades) personales y familiares, así como de la exploración física.
- c. La formulación de una hipótesis diagnóstica: Identificación de lo que se busca.
- d. La consideración de las probabilidades de hallazgo de entidad nosológica o anomalía biológica que se pretende confirmar o descartar.
- e. Y sobre todo la previsión de los ulteriores pasos diagnósticos

*La amplia disponibilidad de pruebas diagnósticas no exime al clínico del obligado razonamiento diagnóstico acorde con el padecimiento que el paciente refiere o muestra.*



o terapéuticos que en función de los hallazgos se habrían de dar.

Lamentablemente la secuencia expuesta es muchas veces sustituida por una atolondrada realización de pruebas diagnósticas (de rutina dicen) cuyos resultados a menudo desvían la atención de lo fundamental o se convierten en hallazgos que no se sabe como gestionar.

No olvidemos que a las pruebas diagnósticas las seguimos calificando como "pruebas complementarias" (de un razonamiento diagnóstico, se supone).

Por otra parte, carece de racionalidad clínica la búsqueda de una información de cuyo resultado no se va a deducir modificación de la actuación terapéutica ni cambio sustancial en el manejo general del paciente. La amplia accesibilidad a pruebas de imagen y laboratorio ha propiciado este tipo de práctica innecesaria, nada infrecuente en la atención a pacientes de edad avanzada con condiciones crónicas acompañadas de alteraciones pluriorgánicas susceptibles de tratamientos invasivos que previamente están descartados.

Alguno de los ejemplos clínicos más arriba referidos (aneurisma de aorta) es expresión clara de esta tipología de pensamiento diagnóstico irracional.

#### **4. Información, incertidumbre y quehacer clínico: cuestiones que mbe y gpcs no resuelven.**

No es tema discutible el que una práctica clínica adecuada y competente supone como prerrequisito el uso de la mejor información y conocimiento científico disponibles. Junto a ello se puede afirmar además que el profesional de hoy vive una era dorada por la fácil accesibilidad a la mencionada información más actualizada y rigurosa.

En los últimos quince años hemos asistido por otra parte a la emergencia y fortuna del movimiento de la MBE<sup>8</sup> que ha contribuido de modo poderoso al pensamiento y la lectura crítica

*carece de racionalidad clínica la búsqueda de una información de cuyo resultado no se va a deducir modificación de la actuación terapéutica ni cambio sustancial en el manejo general del paciente.*

*una práctica clínica adecuada y competente supone como prerrequisito el uso de la mejor información y conocimiento científico disponibles*

de la literatura médica lo que sin duda ha mejorado el soporte científico del quehacer clínico. Pautas de actuación basadas en la rutina o en la opinión no respaldada por pruebas de la autoridad del maestro de turno, han caído en descrédito.

Corolario o concomitancia de la MBE ha sido el desarrollo de una literatura médica secundaria o derivada cuyas más relevantes expresiones son las Revisiones Sistemáticas (RRSS) y las Guías de Práctica Clínica (GPCs)

Gracias a las cada vez más rigurosas RRSS, el clínico dispone de una información preseleccionada analizada y sintetizada que posibilita el acceso a la mejor más actualizada evidencia científicadisponible impidiendo el extravío en el océano de la inabarcable bibliografía médica. Iniciativas ya muy consolidadas como la Colaboración Cochrane, junto al movimiento multinacional de evaluación de tecnologías sanitarias e intervenciones en salud del que el NICE británico es la más exitosa expresión, proporcionan una base documental accesible muy sólida para la aplicación o rechazo de intervenciones sanitarias en un considerable número de pacientes.

Esas mismas fuentes secundarias y la lectura crítica de artículos científicos han mejorado el rigor y la fiabilidad de las GPCs de manera que hoy se dispone de un considerable catálogo periódicamente actualizado de guías de actuación clínica en situaciones tipo de alta prevalencia.

Hoy, no parece admisible practicar la medicina "racionalmente" ignorando la existencia de estas fuentes de información invocando el principio de la libertad profesional del clínico. Nunca ésta puede confundirse con la arbitrariedad.

El error opuesto estaría en la aplicación mecánica de las recomendaciones de las GPCs y de protocolos derivados de éstas amparados en los sacrosantos principios de la MBE.

Es claro que el uso de la "mejor evidencia disponible" es condición necesaria, pero no suficiente para una práctica clínica racional y ello por tres razones:

*Pautas de actuación basadas en la rutina o en la opinión no respaldada por pruebas de la autoridad del maestro de turno, han caído en descrédito.*

*No parece admisible practicar la medicina "racionalmente" ignorando la existencia de estas fuentes de información invocando el principio de la libertad profesional del clínico. Nunca ésta puede confundirse con la arbitrariedad.*

*El error opuesto estaría en la aplicación mecánica de las recomendaciones de las GPCs y de protocolos derivados de éstas amparados en los sacrosantos principios de la MBE.*

*Medicina centrada en el paciente*

- a. En un sinnúmero de situaciones la evidencia disponible no proporciona información acerca del resultado de una intervención que realmente interesa al paciente. En otros casos simplemente proporciona incertidumbre lo que no siempre justifica la inacción.
- b. El abordaje de la atención individual a los pacientes exige del médico racional el que no olvide nunca el viejo y siempre vigente aforisma roussoniano: "no existen enfermedades sino enfermos". Probablemente uno de los principios menos enfatizados en una enseñanza de la medicina con muy precaria base filosófica y epistemológica.
- c. La MBE no provee de las habilidades necesarias para la obtención de la información específica, propia de cada paciente e imprescindible para caracterizar su situación clínica: diagnóstico y evaluación cuanti-cualitativa de su situación física y emocional. Dicho de otro modo no dota de "ojo clínico" ni de capacidad exploratoria y de comunicación.

Bastantes de estas cuestiones vienen preocupando a acreditados expertos en educación e investigación médica dando lugar a la emergencia del concepto "medicina centrada en el paciente" (patient-centered medicine) que recientemente ha sido magistralmente expuesto por José Sacristán en BMC Medical Informatics and Decision Making<sup>9</sup>.

*Se trata más bien de una concepción más amplia de lo "personal" que se entiende bien recurriendo al contraste de tratar al "paciente con la enfermedad" antes que tratar la "enfermedad".*

De acuerdo con dicho autor no debe confundirse "medicina centrada en el paciente" (MCP) con el tan publicitado por el ámbito de la investigación farmacogenómica de "medicina personalizada" habitualmente entendida como terapéutica preparada a la medida ("one size does not fit all"). Se trata más bien de una concepción más amplia de lo "personal" que se entiende bien recurriendo al contraste de tratar al "paciente con la enfermedad" antes que tratar la "enfermedad".

Aunque son muchas las implicaciones que este enfoque tiene (muy especialmente en el ámbito de la investigación), existen algunos elementos básicos que configuran la MCP en cierta contraposición con la MBE :

- Identificación de aquellas características biológicas específicas del paciente que lo hacen distinto del paciente “promedio”.
- Basados en dicha caracterización individual recurrir al razonamiento clínico fisiopatológico.
- Atención especial a la literatura médica referida a lo individual (case-records, series de casos). No olvidemos que este tipo de artículos se sitúan en el escalón más bajo de las Escalas de Evidencia.
- Focalización en los resultados que importan al paciente (bienestar, calidad de vida).
- Toma en consideración de las preferencias, valores y objetivos del paciente en el proceso de toma de decisiones para su atención médica (comunicación y contextualización adecuadas).
- Decisiones compartidas por médico y paciente.

En el mismo sentido que la llamada MCP se pronuncian un conjunto de expertos encabezados por Helios Pardell en un trabajo altamente recomendable<sup>10</sup>. “El médico del futuro” también editado como libro por la Fundación Educación Médica en 2009. En el capítulo “El médico que queremos” advierte de las consecuencias indeseadas de una aplicación poco juiciosa de la MBE que ha conducido al menoscabo del componente relacional de la actuación del médico, y a ver a los pacientes como sujetos con patrones de enfermedad normalizados susceptibles de recibir atención asimismo normalizada, diseñados a partir de exigencias que, a menudo, nada tienen que ver con la que se entiende como buena práctica clínica.

---

## **5. Irresponsabilidad sobre el acto, el proceso, la enfermedad, el paciente.**

---

La separación física, técnica y organizativa de los niveles de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) y dentro de

ésta última de las diferentes especialidades (y subespecialidades), obedece a la imposible existencia de un único profesional médico capaz de conocer y aplicar el vasto arsenal tecnológico disponible. Sin embargo no es un bien o meta deseable en sí misma.

Tal separación, necesaria por inevitable y positiva por cuanto refleja la posibilidad de proporcionar cuidados médicos complejos con alto nivel de excelencia técnica, no debe hacer olvidar un importante riesgo inherente a la participación de varios profesionales en la atención a un único paciente, como es el troceado desorganizado y despersonalizado del proceso asistencial que puede determinar un deterioro de la calidad del mismo.

La experiencia diaria proporciona multitud de ejemplos ilustrativos de ese fenómeno al identificar a ciudadanos atendidos simultáneamente por tres, cuatro o más médicos de diferentes ámbitos técnicos, que trabajando en paralelo, realizan un sinnúmero de actuaciones (muchas veces repetidas) sin que para el paciente sea posible reconocer cual es "su médico".

Esta situación se produce con particular frecuencia en los últimos tiempos, en los que el envejecimiento de la población da lugar a una demanda asistencial compuesta mayoritariamente por individuos portadores de pluripatología crónica que requieren atención continuada y simultánea a más de un sistema u órgano.

El fenómeno, que podría denominarse degradación "taylorista" de la atención médica, tiene su origen en la configuración del sistema hospitalario y especializado que en España alcanzó su cenit de prestigio en los años 70/80 y conformó la realidad y paradigma presentes, basado en circunstancias clínicas, culturales, técnico-profesionales y organizativas muy distintas de las actuales:

- Clínicas: Pacientes mas jóvenes y procesos agudos
- Culturales :Prestigio de la tecnología y descrédito de la medicina humanitaria/humanista

- Técnico-profesionales y organizativas:
  - Alta y exclusiva concentración tecnológica en los hospitales
  - Escaso desarrollo, dotación y acceso a tecnología de la Atención Primaria con la secuela de poca capacidad resolutive
  - Promoción e incentivación de la productividad cuantitativa

### **ANONIMATO, DILUCIÓN Y TRASLACIÓN DE RESPONSABILIDADES**

Es obvio que el panorama descrito no es precisamente terreno abonado para el ejercicio de la MCP o el logro del nuevo "médico que queremos". Aunque no se puede ni se debe renunciar a la excelencia técnica especializada que garantiza cuidados de alta calidad, habremos de gestionar esa complejidad para compatibilizarla con lo que hemos dado en llamar MCP.

La atención médica a lo largo de una vida se compone de actos médicos, que suelen formar parte de uno o varios procesos asistenciales que a su vez se dirigen a tratar una o varias enfermedades, que sin embargo y obviamente acaecen en un solo paciente. Estamos hablando de acciones cuya duración varía desde minutos a toda una vida pasando por semanas, meses, años. Estamos hablando también de participación de varias especialidades y de decenas de profesionales médicos con roles muy diversos para los que también se requieren muy distintas habilidades. Habrá quien realice o interprete una prueba diagnóstica, practique un procedimiento quirúrgico o asuma la dirección e indicación de un conjunto de actuaciones diagnósticas y terapéuticas.

Uno de los problemas peor resueltos en la actualidad es la localización, identificación, y asignación de responsables personales y su coordinación e intercomunicación en el acto, el proceso, el manejo de la enfermedad y del paciente.

*Aunque no se puede ni se debe renunciar a la excelencia técnica especializada que garantiza cuidados de alta calidad, habremos de gestionar esa complejidad para compatibilizarla con lo que hemos dado en llamar MCP.*

*Uno de los problemas peor resueltos en la actualidad es la localización, identificación, y asignación de responsables personales y su coordinación e intercomunicación en el acto, el proceso, el manejo de la enfermedad y del paciente.*

El primer y más notorio ámbito donde tal situación se plantea a diario es en los movimientos (derivaciones) ambulatorios entre AP y AE y entre especialistas. Ello ha sido identificado por muchos analistas<sup>11</sup> y se han propugnado soluciones varias que en la mayor parte de los casos apuestan por otorgar un papel protagonista central al MAP<sup>12</sup> y en todo caso un especial rediseño de procesos y circuitos asistenciales para los pluripatológicos<sup>13</sup>.

Hay sin embargo un segundo escenario donde el mismo problema acaece de modo "agudo", más vago y complejo y es el propio hospital (campo de los especialistas). Supongamos por un momento una situación nada infrecuente: Paciente diabético con isquemia de miembro inferior por enfermedad vascular periférica que desarrolla gangrena distal aparentemente infectada. Su médico de familia lo remite al hospital. Allí puede ingresar en un servicio médico o quirúrgico. Será tratado con antibióticos, probablemente operado y eventualmente revascularizado por procedimiento quirúrgico o endovascular. No es improbable que pueda desarrollar complicaciones cardíacas (insuficiencia coronaria), digestivas (hemorragia digestiva), renales (insuficiencia renal) o sistémicas (sepsis).

No es difícil imaginar el listado de servicios y profesionales médicos que van a estar implicados en la atención de este caso. Más complicado suele ser en la realidad el establecer quienes, para qué y en calidad de qué (responsable del acto, del proceso, consultor sin responsabilidad directa) están actuando en cada momento y en que medida la comunicación entre los actores es adecuada. La difusión y dilución de responsabilidades suele ser una consecuencia con alto riesgo para los pacientes en estos casos.

Un reciente artículo editorial del NEJM<sup>14</sup> describe acertadamente estas situaciones hospitalarias que denomina The Bystander effect (el efecto espectador o el efecto transeúnte). Textualmente afirma <<..*The larger the group of people involved in the process of making important decisions, the more likely it is that any one person will assume that either the mantle of responsibility rests elsewhere in the group or that those responsible for taking action have already done so. The bystander effect generally increases with the size of the group and is more likely to manifest when responsibilities are not explicitly assigned.*>>

Para este segundo tipo de situaciones las soluciones organizativas y gestoras, aunque existen, son incompletas y más dirigidas a delimitar niveles de responsabilidad de cara a eventuales rendiciones de cuentas administrativas o legales, que a garantizar una atención médica dotada de racionalidad clínica.

En uno y otro caso (crónico AP-AE, agudo AE) y con independencia de las soluciones organizativas que se adopten, la racionalidad clínica obliga a todos a situar el acto, el proceso y la enfermedad en una perspectiva que necesariamente es la del paciente en su expectativa vital, preferencias y valores.

Probablemente se aplique más a esa tarea el responsable que el consultor, el encargado del proceso que el del acto, y el que ha asumido el manejo de la enfermedad que el responsable del proceso en un ingreso. Sin embargo la falta de consideración de la perspectiva paciente supone riesgos inmediatos y diferidos tales como el del encarnizamiento terapéutico para tratar una complicación o agudización en pacientes crónicos y/o ancianos con cortas expectativas de vida de calidad ulterior.

El mencionado trabajo del NEJM reivindica la promoción de comportamientos cooperativos y de comunicación interprofesional de carácter bastante informal y cita una iniciativa reciente Team STEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) de la Agency for Healthcare Research and Quality en esa dirección.

En síntesis:

*Un acto médico solo tiene sentido y racionalidad clínica si está inserto en una cadena de actuaciones coherentes y acordes con el mejor interés del paciente. Ello sólo se cumplirá si el que lo ejecuta se pregunta siempre por dicha coherencia: A si mismo, o a quién pueda estar en mejores condiciones para responder de acuerdo con su posición en el proceso asistencial.*

*Un acto médico solo tiene sentido y racionalidad clínica si está inserto en una cadena de actuaciones coherentes y acordes con el mejor interés del paciente. Ello sólo se cumplirá si el que lo ejecuta se pregunta siempre por dicha coherencia: A si mismo, o a quién pueda estar en mejores condiciones para responder de acuerdo con su posición en el proceso asistencial.*



## 6. El médico que tenemos y el médico que necesitamos

### Efectos indeseados de un éxito: regulación española de las especialidades médicas y el sistema mir.

El sistema de residencia que comenzó a implantarse en el año 1978, ha dado a lo largo de sus más de 35 años de vigencia suficientes pruebas de eficacia en cuanto a la calidad de los especialistas formados, y ha permitido elevar de forma homogénea en todo el territorio del Estado la calidad asistencial y por ende la seguridad de los pacientes, situando a nuestro Sistema Nacional de Salud como uno de los que ha alcanzado mayores cotas de calidad en el ámbito de los países más desarrollados.

No se puede olvidar sin embargo que el sistema se apoya en unos contenidos y metodologías formativas con ciertas características que van a condicionar en gran medida el modo de practicar la medicina de los futuros especialistas y en definitiva la racionalidad clínica que de ellos podremos esperar.

En primer lugar la formación teórico-práctica enfatiza explícitamente los aspectos más biológico-organicistas y tecnológicos de la especialidad de que se trate, dejando a lo implícito y con menor nivel de exigencia todo lo relacionado con la relación personal con el paciente incluso en lo que tiene mucho que ver con el quehacer clínico propiamente dicho.

En segundo lugar el crecimiento del volumen de conocimiento y posibilidades tecnológicas de cada especialidad ha empujado al incremento de los tiempos y recursos destinados a la enseñanza de lo específico en serio detrimento de lo común. Hegemonía de lo vertical frente a lo transversal. Formamos especialistas antes que médicos olvidando que, como señala A. Jovell<sup>15</sup>, *la medicina, como profesión y como ciencia, está caracterizada por un conjunto de conocimientos y habilidades comunes que deben ser compartidos y conocidos por todos los profesionales. La tendencia progresiva a una mayor especialización de la profesión médica no debe obviar la existencia de este cuerpo común de conocimientos y habilidades. Entre los mismos se incluye la capacidad de realizar una buena anamnesis y exploración física.*

Por último y probablemente lo más importante, en España los MIR del siglo XXI han crecido en un sistema en el que, alimentado por la propia estructura formativa y reguladora de especialidades, todo funciona merced a la existencia y disponibilidad de una amplia oferta de especialistas muy capacitados para "lo suyo" que liberan a cada cual de la tarea de pensar y valorar la posibilidad de actuar antes de recurrir a otro. Lo que en términos coloquiales podríamos denominar la cultura médica del parte inter consulta (PIC).

Si un MIR es educado en un clima en el que el recurso al PIC es norma, difícilmente interiorizará la actitud de asumir la atención al paciente como una responsabilidad propia e intransferible y consecuentemente tratar de abordar y resolver por sí mismo cuanto más pueda.

Estas debilidades en el proceso formativo MIR no están presentes de un modo homogéneo en todas las especialidades ni en todos los centros pero es obligado advertir de su existencia. De hecho ello es tan claro que su detección es una de las razones que ha propiciado la idea de la troncalidad y la preparación de la norma correspondiente<sup>16</sup>.

---

## **El médico actual**

---

El interesante trabajo "El médico del futuro" más arriba mencionado<sup>9</sup> revisa analíticamente los rasgos que caracterizan el perfil general del médico en la España del siglo XXI a través de la descripción de diez escenarios pragmáticos que configuran el comportamiento general del profesional medio.

Algunos de ellos se han descrito en alguna medida en este trabajo. Nos permitimos destacar cinco que tienen más que ver con el concepto de racionalidad clínica.

El primer escenario se centra en lo que se denomina el paradigma fisiopatológico osleriano que inspira la actuación del médico en el mundo occidental desarrollado basado en la identificación de entidades nosológicas definidas y en la formación científica del médico en los grandes centros universitarios, orientados por los principios básicos del informe Flexner.

El segundo viene caracterizado por la MBE que pretende tener respuesta para todo a partir de los patrones del conocimiento científico técnico del momento, manejando prioritariamente la información dura que relega a un segundo lugar la información blanda, que salpica los relatos de los pacientes.

El tercer escenario lo ofrece el avance incesante de la tecnología hasta el punto de que se puede hablar del escenario en el que el médico y la Medicina se basan en la tecnología. El desarrollo ha hecho tomar conciencia de que la tecnología abrirá en las próximas décadas no sólo nuevas formas de diagnóstico y nuevas formas terapéuticas sino nuevas relaciones, tanto entre el paciente y el médico como entre la enfermedad y la Medicina.

Un cuarto escenario se centra en los cambios del patrón de morbimortalidad que, en palabras de Tudor Hart ha cambiado una mortalidad temprana por una morbilidad crónica.

El quinto escenario se caracteriza por la modificación de los límites de la salud y de la enfermedad, bajo la influencia de diversos agentes con intereses no coincidentes y, en ocasiones, espurios, que pretenden ensanchar el espectro de las situaciones consideradas como enfermedad (disease mongering)<sup>17</sup>, a expensas de las que tradicionalmente se han visto como condiciones fisiológicas: menopausia, disminución de la potencia y el apetito sexual, cansancio, estrés, duelo, baja estatura, etc. Además, el uso abusivo de la teoría del riesgo en el caso de los cada vez más numerosos factores de riesgo de tener una enfermedad comporta ansiedad creciente en la población y una hiperutilización de los servicios sanitarios, que es la finalidad perseguida por los agentes que, con la colaboración más o menos consciente del médico, promueven tales políticas.

Estos marcos condicionan un modo de ejercicio médico que en alguna medida no responde ni a lo que venimos denominando racionalidad clínica ni a las demandas de la sociedad actual

---

## **El médico que necesitamos**

---

Frente a ello los autores del trabajo mencionado proponen con algún nivel de detalle los rasgos que han de definir al médico

del futuro de acuerdo con la tabla siguiente:

<b>Perfil profesional del médico del futuro</b>
1) Un médico que trate enfermos, no enfermedades
2) Un médico con actitud crítica
3) Un médico comunicador y empático
4) Un médico responsable individual y socialmente
5) Un médico que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema
6) Un médico líder del equipo asistencial
7) Un médico competente, efectivo y seguro
8) Un médico honrado y confiable
9) Un médico comprometido con el paciente y con la organización
10) Un médico que vive los valores del profesionalismo

Los tres primeros son los que más tendrían que ver con la racionalidad clínica, y aunque ya comentados de alguna manera, merecen ser glosados conforme a lo referido por los autores del trabajo que venimos citando.

Nada mejor para ello que transcribir literalmente los párrafos mas significativos relativos a dichos rasgos tal cual sus autores los exponen:

### **Enfermedades y enfermos**

“El médico debe tratar enfermos y no enfermedades, como tradicionalmente se ha postulado, debe saber trabajar junto con el paciente y lo debe involucrar activamente en su proceso curativo. Los autores de este estudio no comparten las críticas

genéricas hacia la asimetría en la relación entre médico y el enfermo, pero aceptan, en su lugar, que el médico haga un buen uso terapéutico de esta asimetría, en beneficio del paciente, y rechazan que pueda utilizarla en beneficio propio<sup>18</sup>.”

### ***Actitud crítica***

“El médico debe mantener una actitud crítica, y debe saber moverse en la ambigüedad y la incertidumbre. En este sentido, debe huir del cientificismo, aprovechar las bondades del método científico e incorporar las novedades científico tecnológicas de utilidad contrastada. A su vez, debe mantenerse crítico y aceptar la evaluación de sus actuaciones. Es necesario enfatizar que más allá del paradigma fáctico y positivista el médico debe saber moverse en el mundo de los valores que son, en definitiva, los que dan sentido a la vida y a la enfermedad del paciente”.

### ***Empatía y relación.***

El médico “ha de saber ser comunicador y empático en su relación con el paciente, debe huir de la utilización exclusiva de la información dura, obtenida mediante los procedimientos diagnósticos que posibilita la tecnología actual y debe saber sacar provecho de la información blanda, obtenida a través de la relación dialogal. Debe preocuparse tanto por la afectividad<sup>19</sup> como por la efectividad, ser capaz de conciliar lo racional con lo relacional a partir de la constatación de que si lo racional sólo es mala medicina, lo relacional sólo ni siquiera es medicina<sup>20</sup>”.

Aunque el resto de los rasgos que deben configurar al médico que necesitamos son de gran interés, hemos querido centrar nuestro énfasis en los “más clínicos” de todos ellos.

---

## **7. Recapitulación y síntesis: claves para la racionalidad clínica.**

---

1. Un quehacer clínico racional se ha de basar en una actitud de alerta permanente que rechace cualquier práctica inapropiada por innecesaria, inútil, insegura, inclemente o insensata.

2. Toda realización de pruebas diagnósticas tiene carácter complementario de un proceso de razonamiento previo que incluye la formulación de una hipótesis plausible para establecer que es lo que realmente se busca.
3. La búsqueda de la identificación diagnóstica de una anomalía anatómica o biológica, sólo tiene sentido clínico si de su hallazgo se van a derivar actuaciones terapéuticas distintas a las previstas sin dicha información.
4. Para tratar enfermos antes que enfermedades, la MBE y las GPCs no siempre ayudan. El manejo del paciente individual exige del clínico racional habilidades perceptivas y relacionales así como dominio del razonamiento fisiopatológico.
5. La racionalidad clínica que debe presidir una atención sanitaria continuada y coherente, encuentra su mayor obstáculo en la inevitable pluriparticipación profesional que a veces es causa de práctica inapropiada . El riesgo debe minimizarse reduciéndola a lo imprescindible, mejorando la comunicación interprofesional e identificando con precisión roles y responsabilidades en los actos médicos y en los procesos asistenciales.
6. Un acto médico racional en si mismo puede dejar de serlo si no se valora inserto en un proceso asistencial de más largo alcance que considera expectativas vitales y pronósticas de cada paciente.
7. La racionalidad clínica exige del entrenamiento de especialistas (sobre todo de aquellos que vayan a tener responsabilidad directa sobre pacientes) que no descuide el aprendizaje en los aspectos comunes o transversales de los que cualquier médico ha de estar dotado. Antes que especialista hay que ser médico. Las bases de dicha preparación (habilidad clínica y relacional) han de sentarse pronto y probablemente para siempre. Los conocimientos y habilidades técnicas son cambiantes y por tanto de imposible suministro definitivo en el periodo de formación MIR

## Referencias bibliográficas

1. Irvine D. *The performance of doctors: the new professionalism*. *Lancet*. 1999; 353: 1174-7.
2. *Medical professionalism in the new millennium. A statute for medical practice* *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.
3. Brook RH, et al. *A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies*. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1986;2:53-63.
4. Jennett B. *High technology medicine. Benefits and burdens*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1984. 103-134.
5. Gervas J, Pérez Fernández M. *Como ejercer una medicina armónica: claves para una práctica clemente, segura y sensata [Internet]*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2011 Tema 3.9.
6. Gervas J. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012 Nov-Dec;47(6):266-9.
7. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la medicina - Els fins de la medicina n.º 11 - (2005)*. ISBN 978-84-690-6480-1
8. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't* *BMJ* 1995;3 10:1085-6.
9. Sacristán JA. *Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients*. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2013; 13:6.
10. Gual A, Oriol-Bosch A, Pardell H. *El Médico del Futuro*. *Med Clin (Barc)* 2010; 134:363-8.
11. Conde JL. *El paciente repartido, itinerante y mensajero: Un efecto adverso del modelo de salud vigente*. Ponencia

al I Congreso Nacional de atención sanitaria al paciente crónico. Toledo 13-14 Nov 2008. <http://cronicos.toledo2008.unicongress.org/>

12. Cita documentos AP u OMC
13. I Palanca (dir), J. Medina (coord. científ.), FJ Elola (dir), JLBernal (comit. redac.), JL Paniagua (comit. redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
14. Stavert RR, Lott JP. The bystander effect in medical care. *N Engl J Med* 2013; 368:8-9.
15. Jovell AJ. *El Futuro de la Profesión Médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI*. Fundación Biblioteca Josep Laporte. Marzo 2001.
16. Informe del GT de la Comisión de RRHH del SNS. MSPS 2010.
17. Moynihan R. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering Commentary: Medicalisation of risk factors *BMJ* 2002;324:886-91.
18. González P, De Benedetto MAC, Ramírez I. El arte de curar: el médico como placebo. *Aten Primaria*. 2008;40:93-5.
19. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)*.1999;113:173-5.
20. Gori R, Del Volgo MJ. *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation del'existence*. Paris: Editions Denoël; 2005.