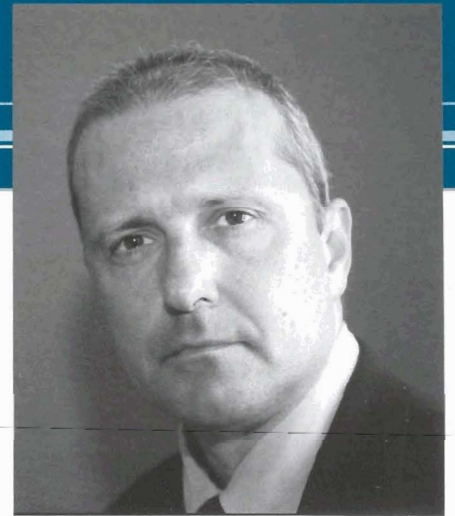


La visión del paciente



Albert J. Jovell
Presidente del Foro Español de Pacientes

El hecho de ser enfermo propicia una visión diferente a la del usuario o consumidor de los servicios de salud. En algunas situaciones sus intereses pueden ser opuestos. También se distingue del hecho de estar enfermo. Ser enfermo supone que la enfermedad condiciona tu vida y determina ciertas dependencias. Estar enfermo implica convivir con una enfermedad, de forma que la persona afectada puede realizar una actividad cotidiana aparentemente normal delimitando las interferencias que la enfermedad pueda hacer en su vida. A

veces, uno no tiene más remedio que ser enfermo porque la enfermedad produce un importante nivel de discapacidad y dependencia. Ambos estados presentan múltiples características comunes, entre las que destacan: la fragilidad física, la vulnerabilidad emocional y el riesgo de estigmatización social. Por eso, es bueno insistir en que la enfermedad tiene una triple forma de presentación: física, psicológica y social. Si no se contempla así, no se puede tratar de forma satisfactoria. Y un tratamiento incompleto es un mal tratamiento.

La enfermedad física es la presentación de la enfermedad a la que los profesionales de la salud están más habituados. Sin embargo, esta

El "hecho de estar enfermo" ya no puede diferenciarse en órganos y sistemas que son objeto de estudio de especialidades concretas

presentación está sujeta a múltiples complejidades, dado que cada vez es más habitual que el "hecho de estar enfermo" se asocie a la coexistencia de diferentes síntomas, factores de riesgo y patologías. Es en esa complejidad, en la que el "hecho de estar enfermo" ya no puede diferenciarse en órganos y sistemas que son objeto de estudio de especialidades concretas, donde alcanza un gran protagonismo la medicina interna y, sobre todo, la atención primaria.

Esta necesidad de tener una visión clínica global del enfermo y su entorno incluye una valoración y la adopción de una aproximación terapéutica apropiada para atender las consecuencias psicológicas y sociales de la enfermedad, tanto en el enfermo como en su familia. Y en la búsqueda de esa respuesta apropiada, la atención primaria, incluyendo en ésta a los

profesionales de la enfermería y a los trabajadores sociales además de los médicos, tiene un papel esencial. Los enfermos quieren un médico de cabecera en el que confiar y que lidere esa aproximación global a todo lo que supone el hecho de estar enfermo. Todo lo demás son aproximaciones incompletas. Y lo incompleto resulta insatisfactorio.

Visión de la profesión médica

El estudio sobre "Confianza en el Sistema Nacional de Salud", realizado en el año 2005 con 3.010 ciudadanos españoles, indicó que la de médico era la profesión mejor valorada y que mayor confiabilidad tenía entre un conjunto de diez profesiones¹. Esos resultados confirman el hecho de que ser médico, al igual que enfermero/a, constituye una de las profesiones de mayor prestigio en España. Mucho más que ser abogado, economista o político. Destacar ese dato resulta oportuno en un momento en que ha habido opiniones, no fundamentadas en ningún estudio científico, que hablan de la pérdida de prestigio de la profesión médica. Más

Es necesario reivindicar la figura del médico enfermo como un profesional que es capaz de situarse a ambos lados de la relación médico-paciente

los datos interesantes del estudio sea que el 81% de los encuestados conocían el nombre de su médico de cabecera, mientras que sólo un 18% sabían cómo se llamaba el Consejero de Salud de su comunidad autónoma.

El miedo condiciona la necesidad que tiene el paciente de confiar en que su médico va a hacer todo lo posible por resolver su problema

aún, es posible que entre los pacientes esa confianza sea mucho más alta que entre la ciudadanía. En este sentido, uno de

Los resultados antes mencionados deben interpretarse, tal y como pretendía el estudio, en clave de confianza. Así, entre las más de 30 definiciones de confianza que existen, destaca aquella que caracteriza este sentimiento como "una necesidad emocional" que se hace desde una "situación de vulnerabilidad"². Este hecho define la relación médico-paciente en un contexto de dependencia psicológica y de asimetría de información. Así, en la ignorancia y ante la incertidumbre, el miedo condiciona la necesidad que tiene el paciente de confiar en que su médico, y por extensión los servicios de salud, van a hacer todo lo posible por resolver su problema. Esta confianza se basa en las elevadas expectativas depositadas en las diferentes virtudes asociadas a la profesión médica, entre las que destacan cuatro: competencia, honestidad, integridad y respeto. Obviamente, el paciente se siente más cómodo y mejor tratado cuando puede depositar esa confianza emocional en una persona a la que reconoce, y que le reconoce, con nombres y apellidos. Y ese rol en nuestro sistema sanitario le corresponde al médico de cabecera, o de atención primaria.

Esta visión de la relación con el médico como la de un acto necesario emocional y racionalmente, obliga a la

CON MANO **ajena**

profesión médica a actuar con un elevado sentido del deber y de la responsabilidad, aparte de otorgarle una elevada confiabilidad. En este sentido, la profesión médica se caracteriza por un conjunto de obligaciones morales que se han de poner al servicio de las necesidades de los pacientes. A diferencia de otras profesiones, la de médico se debe, en primer lugar, a los pacientes y a sus familias, en segundo lugar a la sociedad, en tercer lugar a un código ético de valores compartidos y, en último lugar, a los empleadores. Curiosamente, esta jerarquía de prioridades se suele comentar poco entre los profesionales y no es

objeto de excesiva atención en los procesos de formación de nuevos médicos y de especialistas.

Visión respecto a la atención primaria

La visión de los ciudadanos españoles respecto al sistema sanitario presenta "luces y sombras" según los resultados del estudio sobre la confianza antes mencionado. Las "luces" indican una elevada confianza, no sólo en el médico sino



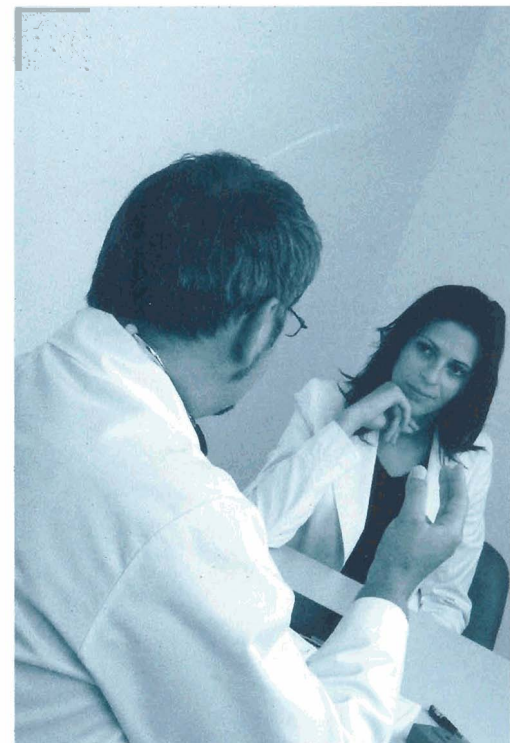
en las otras profesiones sanitarias y en el centro de salud, aparte de la atención sanitaria pública. En contraposición, los ciudadanos expresaron, en un elevado porcentaje, su preocupación por el hecho de que los médicos de atención primaria estuvieran limitados en su capacidad de decisión o que no pudieran atender sus necesidades sanitarias o las de sus familias en el futuro. Estas opiniones expresadas por la ciudadanía exigen una mayor necesidad de comunicación por parte de la atención primaria sobre su rol dentro del sistema sanitario y sobre sus potencialidades y sus limitaciones. No es bueno para la atención primaria y para sus profesionales que la ciudadanía exprese dudas sobre su capacidad de actuar como legítimo defensor de su salud como pacientes.

Un segundo elemento de reflexión sobre la atención primaria, de los muchos que se pueden hacer, radica en esa necesidad de definir mejor el rol de los profesionales ante las nuevas realidades sociales que nos avcinan³. Así, los pacientes esperan que su médico de atención primaria se centre cada vez más en ese rol de gestor clínico del caso individual, lo que supone ofrecer una valoración global del estado de salud del paciente incluyendo las enfermedades orgánicas, psicológicas y sociales. Esta gestión del caso implica el liderazgo de un equipo multidisciplinario que coordine las diferentes visitas médicas, pruebas diagnósticas y tratamientos, garantizando el control de posibles interacciones, entre otras necesidades específicas. Además, el profesional de enfermería asume el rol de promover la tarea educativa relacionada con el cumplimiento terapéutico y el control de los factores de riesgo. Finalmente, los trabajadores sociales deberían implicarse en aquellas situaciones en las que un tratamiento "respetuoso con la dignidad humana"

A diferencia de otras profesiones, la de médico se debe, en primer lugar, a los pacientes y a sus familias

suponga atender situaciones de dependencia física o psicológica. En este sentido, conviene destacar que la atención primaria es el centro de

referencia para casos complejos, a los que se asocian condiciones clínicas adecuadamente diagnosticadas. Se les asocian otros fenómenos sociales, como el envejecimiento y sus consecuencias, las adicciones y los hábitos tóxicos, los estilos de vida poco saludables y



inmigración, entre otros. Estos fenómenos incrementan la complejidad y afectan la efectividad de la atención primaria. Es en las áreas de ambigüedad terapéutica, o sea, en las que "el paciente" no es de nadie y es parcialmente de todos, donde la atención primaria debe asumir el liderazgo clínico del manejo del caso. ¿Quién, si no?

Reflexiones sobre la condición de médico y paciente

Una de las grandes paradojas de nuestro sistema sanitario es la incapacidad que existe en la política y en la profesión médica para reconocer que existe una amplia capacidad de mejora. Basta aproximarse a algún centro sanitario o tener acceso a alguna historia clínica para detectar puntos de mejora que no han de pasar necesariamente por un aumento de la financiación. Se trata de mejoras asociadas a cambios en actitudes y hábitos de trabajo de los que no se suele hablar entre los profesionales. Este proceso de ignorancia deliberada acaba promoviendo una desafección importante sobre en quién recae la obligación moral de corregir deficiencias y promover mejoras. Con independencia de quién detente el poder, la autoridad moral de confrontar esas situaciones recae en la profesión médica. Es eso lo que la sociedad y los pacientes esperan de esa profesión. De ahí que tengan la confianza más alta de la ciudadanía. Y para no perderla, la profesión precisa líderes afectivos⁴. Las universidades y los colegios profesionales tienen la obligación de responder a esa necesidad social de liderazgo.

Finalmente, una de las situaciones más paradójicas que vive la profesión médica viene definida por la actitud de algunos profesionales a pensar o actuar como si aquella situación que vive el paciente que tienen "enfrente" no les pudiera pasar a ellos. Es por ello necesario reivindicar la figura del médico enfermo. No como alguien a quien hay que mantener escondido, sino como un profesional que es capaz de situarse a ambos lados de la relación médico-paciente. Sólo entendiendo ambas perspectivas se

puede contribuir a mejorar la calidad de la atención médica recibida. Y los médicos enfermos se encuentran en una posición inmejorable al haber estudiado dos carreras de medicina: una en posición vertical y otra en posición horizontal. Hoy me pasa a mí, mañana te puede pasar a ti.

Notas bibliográficas

1. Ver en www.fbjoseplaporte.org
2. Jovell AJ. La Confianza. Barcelona: Plataforma Editorial, 2007 (en prensa)
3. Ver una reflexión al respecto en los documentos: Jovell AJ. El futuro de la profesión médica y Jovell AJ, Navarro Rubio MD. Profesión médica en la encrucijada (en www.fbjoseplaporte.org)
4. Jovell AJ. Liderazgo afectivo. *All you need is love*. Barcelona: Alianta, 2007