

Campus de Vicálvaro
Nueve de julio de 2014

**Nuevos retos y desafíos de los Profesionales Sanitarios en el SNS:
gestión, innovación y sostenibilidad**

Los profesionales sanitarios y el reto de la innovación

Pedro R. García Barreno

Doctor en Medicina; Catedrático de Fisiopatología en la Facultad de Medicina Complutense de la Real Academia Española, de la Real Academia de Ciencias

La medicina académica se define como la capacidad del sistema de salud y de la atención clínica de pensar, estudiar, investigar, descubrir, evaluar, innovar, enseñar, aprender y mejorar, sin despilfarros. Se diría ¡en búsqueda de la excelencia!

No hay término más devaluado en el idioma. Palabra que, en ocasiones, no generalizaré por supuesto, me recuerda a los seductores y aduladores que llenan Malebolge o Fosa Maldita ². Hasta allí Gerión acompañó al poeta y a su guía, y allí Virgilio mostró a Thais, la prostituta; la que, cuando su amante le preguntó: ¿Tengo grandes méritos a tus ojos?, le contesto: Si, maravillosos. Y con ello quedan saciadas nuestras exigencias que, por cierto, nos hemos acostumbrado, como a tantas otras cosas, a que cambian de día en día. Es el abrumador deterioro de los principios.

Richard Anderson ³ caracterizó los desarrollos médicos históricamente recientes en *décadas*: la de los años 1960, década de la innovación clínica; la de 1970, década de la expansión clínica, y la de los ochenta, década de la restricción financiera. Para la década de los años 1990, Alexander Walt ⁴ acuñó el término «*dis-decade*». Término que resume una enmienda a la totalidad. *Dis*, prefijo griego de negación, de separación, adoptado por el latín cuyo genitivo *ditis* da nombre a Plutón, dios de los infiernos. En resumen, *disdecade*: decenio rico en escaseces: *deformación* educativa, *desafecto* clínico, *desánimo* profesional, *desgobierno*, *desorganización*, *desencanto*.

Anderson obvió el *sentido común*: «Modo de pensar y proceder tal como lo haría la generalidad de las personas», dice el Diccionario de la Real Academia Española, el DRAE ⁵. Tal vez fuera una buena definición en tiempos del Diccionario de Autoridades; hoy creo que no. Ese sentido común periclita engullido en los vericuetos de la burocracia. Se difumina porque su entorno vital, la confianza, discreción, responsabilidad y raciocinio, se desmorona. Sobrevive en cambio la confusión. «Me atrevería a sugerir que el imponente edificio de la medicina moderna, a pesar de su impresionante éxito, se encuentra, como la célebre torre de Pisa, discretamente desequilibrada» ¹⁴.

«Entre nuestros cometidos principales se encuentra el desarrollar acciones que contribuyan a la mejora de nuestra sanidad potenciando la formación continuada de los profesionales del ámbito de la salud» se escribe con frecuencia y estoy de acuerdo con ello. Desde al menos dos centurias, al igual que hoy día, la educación de los médicos incluye, típicamente, una formación en los principios de las ciencias generales como la matemática y la física, así como un currículo médico estándar que incluye anatomía, fisiología, farmacología, bioquímica y otros temas que se asocian, de manera automática, con la medicina. Pero algo ha cambiado. Hoy, en numerosas facultades de Medicina, se entrega a los discentes, desde los primeros cursos, las preguntas más frecuentes que suelen caer en el examen MIR; y se facilitan ni siquiera como posibles objetivos formativos sino a modo de entrenamiento. ¿Qué estamos haciendo? Otro tópico es la falta de profesionales. No se disponen de estudios cualificados que permitan hacer estimaciones y en los que se olvida el mercado laboral europeo, que garantiza la libre circulación de los trabajadores.

La profesión médica, hoy, se enfrenta a varios problemas. Está desorientada en un laberinto burocrático; ha perdido su autonomía; su prestigio se sume en una espiral descendente, y se ha hundido su profesionalismo. Pero los problemas no acaban aquí. Una grave enfermedad médica merodea entre las sombras de todo ello. Una enfermedad de la que, en este caso, sólo es responsable la propia medicina y que amenaza al público al que debe servir. Comienza en la Facultad, donde prácticamente no recibe atención alguna. Pasada la incubación, florece durante el periodo de especialización en los años de Residencia. Luego, se hace crónica. La terapéutica y sobre todo las medidas preventivas, se ignoran, y en el mejor de los casos son inadecuadas. Nos encontramos ante un cuadro típico de «insolvencia clínica».

Herbert L. Fred ¹⁵ acuñó el término *hyposkillia* —«hipopericia»— para referirse a la deficiencia de habilidades clínicas de los médicos; una patología debida a que sus intereses se centran en otras cosas, que relegan a un segundo plano el contacto directo con el enfermo. Una situación que queda recogida en un nuevo eslogan: «medicina *high-tech low-touch*»: *mucho pedir y poco tocar*. Médicos que aprenden a solicitar todo tipo de pruebas y procedimientos, pero que no siempre saben cuando pedirlos o como interpretarlos; médicos incapaces de hacer una historia clínica o una exploración física bien hechas. ¡Pero si hemos conseguido que los graduados no quieran ser médicos de familia! Aun cuando la atención primaria resuelve más de dos tercios de los problemas de salud. Pero ello exige una buena formación, y ello asegurará una atención de calidad a un coste asumible, en un mundo de tecnologías sin límite. Ello lleva de la mano a plantearse el concepto de salud, sobre todo en relación con el envejecimiento. ¿Tiene el mismo significado «salud» en el adulto que en el viejo? ¿Determinados problemas crónicos «propios» del desgaste orgánico deben considerarse «enfermedad»? Interesante debate.

Por otro lado, una gestión prepotente —los médicos acuden en manadas a charlas, seminarios, cursos o másteres—, una gestión en numerosas ocasiones orientada a recibir —no a atender— al mayor número de pacientes, en el menor número de minutos posible y aquilatando al máximo el número de euros por paciente. Protagonismo «numérico» que bien pudiera dar pie a una nueva área de conocimiento de las ciencias médicas, junto a la genómica, proteómica o celulómica: la «numerómica» o «gestiómica». Y esto está muy lejos de la noble ambición de sostener primero y mejorar luego nuestro sistema sanitario: «El papel fundamental de la Gestión en la identificación de

las necesidades sanitarias de la población y en la optimización y la administración eficiente de los recursos humanos y materiales, es incuestionable».

¿Existe cura para la tiranía tecnológica? Se necesitan docentes que sepan y que enseñen fisiopatología, propedéutica y patología clínica; que apliquen *high-touch*, que utilicen mano y cerebro (*high-mind*). Docentes que conozcan las bases de las diferentes técnicas y que sepan cuando solicitarlas y cómo interpretarlas, y que utilicen *high-tech*, mano y bolígrafo, para verificar más que para formular sus impresiones clínicas. La mejor herramienta para una mejor gestión del Sistema de Salud son los profesionales competentes. En resumen, una medicina *high-touch* — *high-mind* — *low-cost* en una era de *high-tech*

Debemos estar orgullosos de tener el privilegio de vivir estos momentos de tecnologías increíbles, impensables durante nuestra formación, la de mi generación. Tecnologías que permiten visualizar y comprender el organismo desde nuevas perspectivas; que nos confirman o nos desmienten nuestros hallazgos e interpretaciones y, más importante, señalan nuestras limitaciones. *Genomewide scan* (barrido genómico) ¹⁶, *My Family Health Portrait* ¹⁷, *Holomer*® ¹⁸ o la luz sincrotrón ¹⁹, técnicas avanzadas en analítica, consulta e imagen médica, respectivamente, ya son operativas. Pero las nuevas herramientas no deben alejar al médico de su paciente; han de servir para reforzar la confianza. Y ese refuerzo exige prudencia; una actitud que debe reclamar centros de referencia donde, en condiciones muy especiales, se analicen las curvas de aprendizaje, su eficacia, ventajas sobre tecnologías existentes y, luego, se exporten a la práctica clínica diaria. No todos tienen que hacer todo. A quién más perjudica tal actitud es al paciente.

Han pasado diez años desde que el Instituto de Medicina de los EE UU señalara que cerca de cien mil personas mueren anualmente en aquel país a resultas de errores médicos en los hospitales; a la vez hizo una llamada para un esfuerzo nacional para conseguir un sistema de salud seguro. ¿Es hoy el Sistema de Salud más seguro? La publicación *To Err is Human: Building a Safer Health System* ²⁰ sobresaltó a los actores del drama en la comunidad internacional. Estudios recientes siguen indicando una elevada prevalencia de errores médicos graves. Médicos y pacientes son conscientes de que los servicios de salud son potencialmente peligrosos, y que los errores ocurren a pesar de los mejores esfuerzos de profesionales e instituciones. En numerosas ocasiones suceden en procedimientos rutinarios alejados de la alta tecnología. El «riesgo cero» no es posible, es inalcanzable. Incluso, en determinadas situaciones, el enfermo prefiere «cierto» riesgo ante una posibilidad terapéutica «razonable» aunque «no probada». En cualquier caso hay que exigir la publicidad de índices de calidad. Calidad de instituciones y de profesionales; el ciudadano debe conocer a donde va y quién le atiende.

Existen dos aproximaciones al enfermo. En la primera —vía tradicional— el organismo es el texto; uno cambiante y que debe ser inspeccionado, palpado y auscultado. El escenario es la habitación del paciente, un ambiente ruidoso y en apariencia hostil que nos ayuda a comprender al paciente y su situación que quedan recogidas en un «documentoma» manual. La otra vía —abordaje expeditivo— aunque no se enseña de manera oficial, impera. Los médicos residentes la imponen. En ella, el paciente sigue siendo, no podría ser de otra manera, el centro del debate; pero su formato no es analógico sino digital. Existe en forma de códigos binarios, el *iPatient* ²¹; lo más próximo al paciente ideal: aquel a quién nunca se ve. A menudo el personal de urgencias o de admisión ya ha

escaneado, analizado y diagnosticado al enfermo, de tal modo que el médico tiene acceso a un *iPatient* completo antes de ver al paciente real. La versión digital será discutida en el búnker tecnológico mientras el enfermo real calienta la cama. ¡Qué pérdida de perspectiva! El problema con tal sucedáneo de paciente es que el mapa no es el territorio. Los costes financieros de las observaciones imprecisas que conducen a investigaciones innecesarias e incluso de riesgo se desconocen. En un sistema de salud en el que el menú no refleja los precios, podemos pedir langosta a la americana todos los días ¿Quién y cómo se pagará la cuenta? Tal vez, mediante hipotecas *subprime* o con bonos basura.

Los centros médicos académicos o universitarios —al menos así consta en las fachadas de nuestros hospitales— tienen, insisto, tienen la responsabilidad de proporcionar una atención sanitaria ejemplar a los enfermos, enseñar medicina a los estudiantes, formar a los futuros profesionales y aportar nuevo conocimiento a través de la investigación orientada a la enfermedad o al paciente. Otro conflicto. Es fácil tener éxito en la investigación básica que, además, es más sencilla de realizar que la investigación clínica. «El científico básico puede elegir un problema listo para solucionar porque hay a mano nuevas herramientas o porque otro investigador ha hecho un descubrimiento que despeja un atolladero experimental [...] siendo relativamente fácil anticipar el nuevo experimento y realizarlo. Este tipo de investigación básica, aunque no es revolucionaria, produce sin embargo resultados definitivos [...] que pueden ser publicados en revistas respetadas que cualificarán al investigador para obtener ayudas [...] La ciencia básica procede mediante la abstracción [...] Las complejidades de los órganos integrados y de los sistemas orgánicos [...] son excluidas deliberadamente [...] Por el contrario, el mundo complejo de las enfermedades es el foco obligado del científico clínico. Los investigadores clínicos no tienen la libertad de elegir sus objetivos. Deben jugar con lo que la naturaleza les brinda. El clínico trabaja con enfermedades no por mero interés sino porque el paciente la padece [...] Rara vez el clínico soluciona el problema con la brillantez con que el básico lo consigue». Tenemos que reclamar con los Nobel Michael S. Brown y Joseph L. Goldstein la figura del investigador clínico, verdadero puente entre el laboratorio y el paciente ²².

No debe suspirarse por el tradicional médico científico. «Los médicos que compiten con los investigadores básicos deben compartir su tiempo en investigación, educación y clínica, y destacar en las tres. Por otro lado, la medicina clínica no es una actividad que pueda desempeñarse a tiempo parcial». Una opinión similar la plantea Ronald Arky en *The family Business – To educate*: «A final de la década de los años 1940 y principios de los 1950, el jugador trivalente de rugby comenzó a difuminarse; los jugadores que podían correr, pasar y patear y puntuar fueron siendo reemplazados por especialistas en cada una de esas habilidades. De manera similar, en medicina hubo, en un tiempo pasado, médicos trivalentes: investigadores, docentes y clínicos. Me sorprendería que, hoy, hubiera unos pocos, si es que hay alguno, de tales médicos trivalentes» ²³.

En la Presentación al *Curriculum for the Twenty-first Century*, publicado en 1999 por la *The Johns Hopkins University* puede leerse: « [...] A comienzos de siglo, esta escuela de medicina creó el primer currículo médico riguroso, con una sólida base científica, de la nación. El currículo fue adoptado por la mayoría de las escuelas de medicina llegando a ser el estándar para la educación en Medicina durante todo este siglo. Cuando accedí al puesto de Decano en 1990 —comenta Michael M. E. Johns—, la Johns Hopkins estaba en las vísperas del amanecer de su segundo siglo. Me había

percatado de que el currículo, aunque básicamente funcionaba, debía ser revisado a la vista de las demandas y de las responsabilidades de la nueva era [...] El currículo de la escuela ha sido sometido a una reestructuración completa. Cuando encargué el cometido a la Dra. De Angelis, sugerí que nuestra filosofía de base para la educación médica debería dirigirse no a crear un neurocirujano, un médico de familia o un pediatra general, sino que debería hacerlo hacia la creación de un médico tipo célula troncal, indiferenciado [pero pluripotente], quién, el o ella, estuviera lo suficientemente bien preparado para ser capaz de realizar cualquier tarea tras sus estudios en la facultad [...] El nuevo currículo prepara estudiantes para las demandas y responsabilidades de la nueva era de la ciencia y arte médicas [...] »

Hay que reinventar el sistema, porque ni reformas ni reestructuras son suficientes: existe la tendencia de que cuando se topa con problemas complejos, se opta por soluciones simples. Henry Mencken dijo que «para cada problema complejo existe una solución simple y errónea»²⁴. No hay una solución simple; son tantos los factores participantes que es imposible predecir un futuro que está por venir desde el desencanto.

Uno de los avances más importantes de la práctica médica ha sido un lento pero mantenido desplazamiento desde un oficio artesanal hacia una disciplina más racional y con una sólida base científica. Debemos poner nuestra esperanza en más y mejor formación, y sin dejar nunca de vista que la enfermedad es un problema biológico extraordinariamente complejo; una entidad que tiene que ser comprendida a niveles muy diferentes: desde las moléculas a las poblaciones; desde la iguala o la receta a los presupuestos, y sin dejar de lado el complejo industrial que la arropa.

En cualquier caso, mientras haya enfermos que tratar, la medicina seguirá teniendo mucho de arte; cuanto más sofisticada sea la práctica clínica, mayor será la necesidad de tratar a los pacientes como personas y no como enfermedades, y ello mejorará la gestión.

Finalizo de la mano de un diplomático: «Si tengo esperanza, es por la convicción de que los hombres y las naciones se comportarán con sabiduría. Pero una vez que hayan agotado y fracasado con todas las demás alternativas»²⁶.

Notas

¹ Godfrey Harold Hardy (1877-1947) *A Mathematician's Apology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1940 (*Apología de un Matemático*. Madrid: Nivola Libros y Ediciones SL, 1999).

² Dante Alighieri (1265-1321). *La Divina Comedia* (1304-1321). Canto XVIII.

³ Richard P Anderson. Thoracic Surgery at Century's End. *Ann Thorac Surg* 1999; 67 (4): 897-902.

⁴ Alexander J Walt. *Reflections*. Detroit: Wayne State University Press, 1999.

⁵ Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*, 22ª Ed. Madrid: Espasa, 2001.

⁶ Antonio Machado (1875-1939) *Galerías: LXXIX - Desnuda está la tierra*. Manuel Alvar, ed. Antonio Machado: Poesías Completas. Madrid: Espasa Calpe – Colección Austral 33, 1975. Pg 141.

⁷ Eugenio de la Peña (1814-1860). *Reflexiones Generales del Lenguaje de la Medicina*. Expediente del Sr. De la Peña en la RAE, 1803.

⁸ Juan de Yepes Álvarez (fray Juan de Santo Matía o San Juan de la Cruz, 1542-1591). Domingo Ynduráin, ed. Introducción, en: *San Juan de la Cruz. Poesía*. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya SA) – Letras Hispánicas núm. 178, 1983.

⁹ James C Thompson. Gifts from surgical research. Contributions to patients and to surgeons (2). *J Am Coll Surg* 2000; 190 (5): 509-521.

¹⁰ John K Iglehart. Rapid Changes for Academic Medical Centers — First of two parts: *N Eng J Med* 1994; 331 (20): 1391-5; — Second of two parts: *N Eng J Med* 1995; 332 (6): 407-12.

¹¹ Pedro Muñoz Seca (1879-1936). *La Venganza de Don Mendo* (1918). Jornada segunda. Nuño.- «Sí; / fuera y de aquesta manera, / en actitud pordiosera, / para que al salir de aquí / todo el que a veros viniera / diga a la ciudad entera: / Allí está don Mendo, allí, / en la torre, yo le vi; / tenía una mano fuera, / por eso le conocí».

¹² Pierre Mendès-France (1907-1982) Político francés que ocupó el cargo de Primer ministro (1954-5)

¹³ Buque de proyección estratégica Juan Carlos I. Buque de guerra multipropósito —transporte de tropas, anfibios, helicópteros pesados y aeronaves— de la Armada Española, botado en marzo de 2008 y prevista su entrada en servicio a finales de 2010. Desplaza 27000 t y dispone de una cubierta de vuelo de 202 m. La tripulación está en torno a los 245 efectivos con equipos y elementos de ayuda para 1200 soldados.

¹⁴ David Lorimer (traducción de Verónica Nugent-Head). *El Príncipe Radical: La visión del Mundo del Príncipe de Gales*. Barcelona: Editorial Kairós, 2006 (Ed original: Floris Books, 2003). Pg 140.

¹⁵ Herbert L Fred. Hyposkillia: Dificency of Clinical Skills. *Tex Heart Inst J* 2005; 32 (3): 255-7.

¹⁵ Teri A Manolio. Genomewide association studies and assessment of the risk of disease. *N Eng J Med* 2010; 363 (2): 166-76.

¹⁷ *My Family Health Portrait*. <https://familyhistory.hhs.gov/>

¹⁸ *Holomer®*. *HOLO-graphic M-edical E-lectronic R-epresentation*. www.virtualsoldier.us/holomer.htm.

- ¹⁹ J B Pelka. Synchrotron Radiation in Biology and Medicine. *Acta Phys Polon A* 2008; 114 (2): 309-29 (En: <http://przyrbwn.icm.edu.pl/APP/PDF/114/a114z202.pdf>).
- ²⁰ Linda T Kohn, Janet M Corrigan, Molla S Donaldson, eds (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press, 1999.
- ²¹ Abraham Verghese. Culture shock – Patient as Icon, Icon as Patient. *N Eng J Med* 2008; 359 (26): 2748-51.
- ²² Joseph L Goldstein, Michael S Brown. The Clinical Investigator: Bewitched, Bothered, and Bewildered – But Still Beloved. *J Clin Invest* 1997; 99 (12): 2803-12.
- ²³ Ronald A. Arky. The Family Business – To Educate (Shattuck Lecture). *N Eng J Med* 2006; 354 (18): 1922-6.
- ²⁴ Henry L Mencken (1880-1956) Periodista y crítico social estadounidense, conocido como el «sabio de Baltimore».
- ²⁵ Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio. *Integración o Desmoronamiento. Crisis y Alternativas del Sistema Nacional de Salud Español*. Pamplona: Editorial Aranzadi SA, 2008.
- ²⁶ Abba Eban (Aubrey Solomon Meir, 1915-2002). Político y diplomático israelí.