

GEESTIÓN DE LA CONSULTA

¿CÓMO LOGRAR MOTIVACIÓN EN TODA SITUACIÓN CLÍNICA? MEDIANTE LA AUTO-GESTIÓN EN LA CONSULTA DIARIA

Juan Gérvas, médico general jubilado, Equipo CESCA (Madrid, España), Doctor en Medicina, profesor honorario de salud pública Universidad Autónoma de Madrid, profesor invitado de salud internacional, Escuela Nacional de Sanidad.

Luiz Felipe Fabi, médico de família e comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, preceptor da Universidade Federal de São Paulo na residência de Medicina de Família e Comunidade.

Introducción

Siempre hay espacios y tiempos libres durante la consulta. Siempre cabe la mejora de la práctica clínica en el día a día. Nadie puede prohibir el compromiso con el paciente. Por ejemplo, nadie puede prohibir la mirada a los ojos, franca, honrada y directa entre el que sufre y el que se presta a ayudar con ciencia y conciencia¹.

Hay libertad de gestión en la clínica porque el tiempo y el espacio quedan en manos del médico¹ y del paciente cuando se cierra la puerta del despacho, tras entrar el enfermo. Por ejemplo, el control de la incertidumbre y la moderación de la tiranía del diagnóstico son cuestiones puramente clínicas, en manos del médico y del paciente.

Es cierto que el encuentro tiene lugar en lugares geográficos y coordenadas temporales que muchas veces no eligen ni el médico ni el paciente. Tampoco se elige el contenido ni la dotación del propio despacho, especialmente si se trabaja en el sector público, o asalariado en el privado. Además, es obvio que hay que acatar leyes, reglamentos y normas que también limitan la libertad de gestión en

¹ En este texto empleamos indistintamente los nombres de médico general, médico de familia y médico de cabecera. Llamamos médico de cabecera al general-de familia que atiende al paciente y a su familia en todos los casos y situaciones (en el consultorio y en el domicilio del paciente, desde la concepción a la muerte, y desde la salud a la enfermedad) y que solicita el trabajo de consultor del médico especialista focal en situaciones episódicas que requieren tecnología o conocimientos específicos. El nombre de médico de cabecera alude a la visita a domicilio, a estar junto a la “cabecera” de la cama del paciente; también alude a consejero muy cercano, de la familia, que se frecuenta y aprecia. El médico general se transformó en médico de familia en los EEUU, en la década del 60 del siglo XX, por el rechazo del Comité de Especialización a reconocer como una especialidad lo que se dedicaba a lo general. El nombre de médico de familia es el que se emplea oficialmente en Canadá, Brasil, Uruguay, España y en otros países. Persiste el nombre oficial de médico general en el Reino Unido, Irlanda, Holanda, Noruega, Francia, Nueva Zelanda y otros países. En la Unión Europea (27 países, 500 millones de habitantes) para trabajar en el Servicio de Salud público se exige el título de especialista en Medicina General-de Familia (residencia de tres años, como mínimo). En este texto, por ello, también utilizamos indistintamente Medicina General y Medicina de Familia.

la clínica y la propia libertad clínica. Pero nada impide cambiar las condiciones de juego para que durante el encuentro clínico se respete la dignidad del paciente y se ofrezca un cálida atención de calidad científica y técnica.

Por ejemplo, recibir en la puerta y dar la mano al iniciar la consulta con una anciana y ayudar a que se siente cómodamente ocupa unos segundos de cortesía que redundan en la mejor relación clínica y en la satisfacción del profesional y de la paciente, sobre todo si el encuentro acaba con una despedida también de pie, en la puerta, un apretón de manos y un "Aquí me tiene, por si algo se le ofrece". Abrir y cerrar la consulta con esta básica cortesía suma unos segundos al encuentro, pero también permite acortarlo si se va mal de tiempo. Los pacientes perciben el lenguaje corporal, ese que nadie puede ni exigir ni prohibir al profesional y que es clave para transmitir calidez y confianza. Cuando se consigue, por ejemplo, los mismos pacientes promueven consultas de duración proporcional a la ocupación de la sala de espera.

¿Cómo lograr esa gestión de la consulta que devuelva al profesional y al paciente su lugar en el encuentro médico? Mediante:

- 1/ la gestión del tiempo,
- 2/ el control de la incertidumbre y
- 3/ el rechazo a la "tiranía" del diagnóstico.

Es decir, mediante la auto-gestión en la consulta diaria cuando se cumple con las características básicas de la atención primaria: accesibilidad (con flexibilidad), longitudinalidad, polivalencia y coordinación de cuidados^{ii,iii}. De todo ello trataremos a continuación en teoría y en la práctica pues se incluye un ejemplo concreto de consulta gestionada por la motivación.

1. La gestión del tiempo:

La gestión del tiempo es el uso prudente de este mediante la gestión de la demanda, el cálculo de la intensidad de uso, intensidad de uso repetido, la extensión de uso, la rotación y la presión asistencial de la población adscrita, el control de la agenda y control del tiempo una consulta. En la gestión del tiempo lo importante es tener en cuenta que utilizan menos la consulta quienes más la precisan, como prostitutas, drogadictos, vagabundos y otros marginados (Ley de Cuidados Inversos^{iv}). Por ello hay que organizar las agendas de forma que se pueda prestar atención a los pacientes menos cumplidores de las citas.

- **Manejo de la demanda**

"La demanda no se crea ni se destruye, simplemente se transforma" (Josep Casajuana)

Técnicamente se distingue entre consultas (o visitas) y pacientes. Las consultas son los encuentros entre los pacientes y los profesionales. Pueden ser consultas en el despacho, el domicilio y en otros lugares. Son consultas directas cuando el profesional puede tocar y oler al paciente; en otro caso son consultas indirectas (por teléfono u otra tecnología a distancia, por un tercero, por carta, etc).

Llamamos razón de consulta (o motivo de consulta) aquello que hace que el paciente consulte, en sus propias palabras y según su opinión.

El profesional determina el problema atendido, aquello que en su opinión ha sido motivo de consulta. Es problema nuevo el que se presenta por primera vez y que da lugar a un proceso de atención específico.

Es proceso de atención aquello que hace o manda hacer el profesional.

Es resultado el cambio del estado de salud atribuible al antecedente del proceso de atención; el resultado puede ser positivo o negativo.

Los pacientes son elementos de la población que depende de los profesionales. Un paciente es nuevo cuando es la primera vez que toma contacto con el profesional, o cuando han pasado más de cinco años desde la consulta previa.

Los pacientes realizan consultas, bien a su propia iniciativa (demanda externa, o espontánea) bien a iniciativa de los profesionales (demanda interna o programada).

En general, los pacientes que tienen contacto habitual con los profesionales (los que consultan) son los que menos lo precisan. Hay un subconjunto de pacientes que no consultan, o que lo hacen raramente, y sus elementos son los que precisan mayores cuidados. El peligro es que los pacientes cumplidores bloqueen las agendas ^{xlviii} (las "okupen") sin dejar tiempo para las consultas esporádicas de aquellos pacientes que tiene mayor necesidad de atención profesional.

En la práctica diaria, para manejar apropiadamente la demanda es necesario valorarla y conocerla, saber quienes nos utilizan, de dónde y porqué vienen. La demanda no es insaciable, se puede transformar con flexibilidad y generalmente se concentra en determinados periodos de tiempo. La demanda es finita y predecible^v. Para mejorar la agenda se precisa reducir la demanda innecesaria (educación de los pacientes sobre el uso correcto de la consulta, cambios en los procesos administrativos, ajustar las necesidades de los pacientes a los profesionales apropiados, hacer mayor uso del teléfono, del correo electrónico y otras formas de comunicación, etc) y revisar la demanda

interna, aquella que provocan los propios profesionales con la rutina y/o el defectuoso manejo de la incertidumbre mediante la re-cita fuera de los picos de la demanda, la revisión más espaciada de pacientes bien controlados y la citación con otros profesionales del equipo, lo que constituye en conjunto una práctica de buena gestión de la demanda.

- **Intensidad de uso, intensidad de uso repetido, extensión de uso, rotación y presión asistencial^{vi}**

Denominamos intensidad de uso al número de consultas en un periodo dado dividido por el número de habitantes en la población adscrita al profesional. Es el número de consultas al año por habitante, por ejemplo.

Denominamos intensidad de uso repetido (o tasa de consultas) el número de consultas dividido por el número de pacientes. Es el número medio de consultas por paciente al año, por ejemplo.

Llamamos extensión de uso al número de pacientes dividido por el número de habitantes. Es el número de personas de la población que han tomado contacto con el profesional en un año, por ejemplo.

Denominamos presión asistencial al número de consultas dividido por el número de días trabajados. Es el número medio de consultas por día.

Llamamos rotación al número de nuevos pacientes atendidos cada día por el profesional. Se obtiene dividiendo el número de visitas al día por la tasa de consultas.

Las consultas pueden ser a iniciativa del profesional (citados y/o programados), o a iniciativa del paciente (a demanda).

Los cálculos de los índices citados permiten valorar la gestión de la demanda en el sentido del tiempo empleado en los distintos pacientes, así como llegar a identificar a los pacientes que no utilizan la consulta. El análisis minucioso ayuda a apreciar el uso del tiempo por algunos pacientes, que lo consumen sin beneficio evidente^{vii}.

Presión Asistencial y demanda diaria estimada

País	Pacientes por médico	Consultas por semana	Presión asistencial	Demanda diaria estimada
Bélgica	1200	135	27	9,6
Francia	1500	82	16,4	12
Alemania	2000	220	44	16
Irlanda	1800	135	27	14,4
Italia	850	115	23	6,8
Holanda	2350	142	28,4	18,8
Noruega	1300	60	12	10,4
Portugal	1500	81	16,2	12
España	2500	134	26,8	20
Inglaterra	1800	128	25,6	14,4
Brasil	4000	120	24	32

Adaptado de: Koch K, Miksch A, Schurmann C, Joos S, Sawicki PT: The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(15): 255–61. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0255

En torno al 0,7-0,8% de la población solicita consulta a diario^{viii}, lo que llamamos demanda espontánea o demanda diaria estimada. Por ello hay que dejar tiempos específicos para estos pacientes (demanda diaria espontánea), así como para los pacientes nuevos (rotación), además de las consultas citadas previamente, bien a iniciativa del paciente bien del propio médico.

Para los cálculos se suele tener en cuenta la población consultante en los últimos 18 meses, lo que corresponde en general al 60% de la población adscrita, y se estima que cada paciente tenga entre 3 y 9 encuentros anuales con su médico, según su complejidad. Si no se controla adecuadamente, hasta el 80% de las consultas las copan un pequeño porcentaje (20%) de la población^{ix}, y normalmente corresponde a quienes menos lo precisan tanto por las dificultades de acceso de quienes lo necesitan como por el cumplimiento de protocolos y programas de rutina de quienes no lo precisan.

Los cálculos se pueden hacer a mano, pero lo prudente es utilizar medios informáticos a partir de la agenda de citación y de la historia clínica electrónica. En su defecto, se pueden emplear plantillas de hojas de cálculos que permiten introducir los datos básicos sin precisar decisiones administrativas institucionales y hacer los cálculos mediante programas informáticos al uso.

Lo ideal es cruzar tales cálculos con la lista de pacientes pues se trata de determinar la intensidad de uso, la intensidad de uso repetido, la extensión de uso, la rotación y la presión asistencial. De esta

forma es posible calcular índices varios que dan idea de la presión de los hiperutilizadores (que ocupan la consulta, muchas veces innecesariamente) y los que no utilizan la la consulta y probablemente más nos necesitan.

Una vez se tiene la planilla cabe experimentar con ella los cambios y mejoras en la agenda de citas.

- **El control de la agenda del médico**

"El médico bueno es aquel que nos atiende cuando se necesita" (un paciente en la sala de espera, en un centro de salud de Sao Paulo, Brasil)

Cada médico tiene un estilo de práctica que determina el volumen diario de pacientes. Hay momentos en que se imponen las circunstancias, como en una catástrofe o durante una epidemia. Pero en general el propio médico establece sin darse cuenta un estilo de práctica del que depende el volumen diario de pacientes y el proceso de atención^x. Por ejemplo, el uso de antibióticos en infecciones faringo-amigdalares depende más del propio médico que del paciente; hay médicos que emplean antibióticos siempre y los hay que no emplean antibióticos nunca^{xi}. Hay que cambiar el estilo de práctica y eso llevará a la racionalidad de la agenda sin perder calidad sino al contrario^{xii}.

Por supuesto, la organización/administración puede establecer limitaciones varias, tipo 1/ tiempo máximo por paciente, 2/ número mínimo-máximo de consultas atendidas por día, 3/ atención a todos los pacientes en el mismo día, 4/ la distribución del tiempo según programas (tarde para embarazadas sanas, mañana para los diabéticos, etc.) y otras. Pero, al cabo, el estilo de práctica es lo que determina el volumen diario de pacientes, como demuestra la enorme variabilidad entre médicos sometidos a las mismas circunstancias ambientales. Es decir, el contexto (el ambiente) suele ser ajeno al médico, excepto en las cooperativas, mientras que el "texto" (la dinámica diaria) es característica que depende del propio médico. Cada profesional escribe a diario el texto que determina el volumen de pacientes a largo plazo.

Así, el objetivo es controlar la agenda diaria para que quepan tanto los pacientes sin cita (espontáneos) como los programados (citados) y las consultas telefónicas e incluso los pacientes que acuden por urgencias. Ello es más fácil si se cuenta con un equipo funcional que permita delegar actividades, funciones, responsabilidad, autonomía y reconocimiento (incluso con cambios en la remuneración). Pero en todo caso lo importante es que la agenda esté abierta, que no sea rígida

^{xlv}.

La accesibilidad (con su flexibilidad) es característica básica de la atención primaria, y el contexto puede favorecerlas en la práctica o establecer barreras que impidan su consecución. Pero las mayores barreras las suelen poner los propios profesionales, en su afán de organizar rígidamente las agendas. Las agendas no precisan gran organización sino el evitar que se controlen por los procesos administrativos y por pacientes que no precisan los cuidados (aquellos "crónicos estabilizados obedientes y agradables", que "okupan" el tiempo de médicos, enfermeras y auxiliares).

Un buen acceso es condición necesaria para una buena atención primaria, como demuestra que hasta el 40% de las consultas por urgencias se deban a las dificultades en el acceso el mismo día, o al día siguiente. Puesto que la mitad de los motivos de consulta se resuelven sin un diagnóstico definitivo (muy estudiado respecto al dolor abdominal^{xiii}) las dificultades de acceso llevan al contacto con otros profesionales que no podrán mantener la calma, el "esperar y ver" típico del médico conocido ante el paciente conocido. Además, se perderá la oportunidad de enlazar los distintos problemas previos del paciente, al romperse la longitudinalidad. La consecuencia final es la sobrecarga de la agenda pues el 49% de los pacientes vistos por otros médicos terminan consultando por lo mismo al médico de cabeceraⁱⁱ.

Una agenda rígida rompe la atención primaria, genera listas de espera y sistemas de triaje ineficaces, descontento profesional y rotura de la dinámica del equipo. Al final se considera siempre que falta tiempo y que no hay recursos, pero la realidad es que no se gestiona bien la agenda diaria y que se rompe el equilibrio entre la oferta y la demanda.

La agenda abierta significa que haya huecos para citar pacientes (para la consulta programada) y también para las demás formas de atención^{xiv}. Por ejemplo, una consulta por hora de 20 minutos para la atención programada (citada, hasta con un año de antelación), lo que deja 40 minutos para 1/ tres consultas a demanda (espontáneas, hasta en el mismo día) de 10 minutos cada una, y 2/ dos consultas inmediatas (en el momento), de 5 minutos cada una. Desde luego, el truco es que las consultas a demanda e inmediatas se ciñan a cuestiones muy concretas.

La propuesta de consultas de 5 minutos puede ser vista por algunos profesionales y gestores como contraria a la prestación de servicios integrales, con el riesgo de que se convierta la consulta en una sala de urgencias. Esto se evita mediante la prestación de atención longitudinal, de forma que la atención ocasional sin cita se suma a la atención formal con cita mediante el uso adecuado de la lista de problemas para ofrecer calidad y efectividad. Las consultas de 5 minutos pueden ser muy resolutivas. Así, por ejemplo, un paciente diabético bien conocido puede pedir consulta inmediata por dolor de oído, ser atendido en cinco minutos (otoscopia incluida) y excluir una otitis maligna

(necrotizante); en otro caso hubiera terminado en urgencias y atendido por un médico que no lo conocía ni sabía que el paciente está en proceso de separación matrimonial, lo que altera su vida habitual. Además, conviene tener presente que no hay grandes beneficios en calidad con el incremento de la duración de la consulta.

La media de problemas atendidos en cada encuentro puede acercarse a 2 en las consultas programadas, a 1,5 en las consultas a demanda y a 1 en las consultas inmediatas (en estas el lema sería "consulta inmediata, consulta centrada en un problema urgente").

Con un esquema tal y seis horas de consulta en la agenda caben 6 pacientes citados (consultas programadas), 18 pacientes a demanda y 12 pacientes con consulta inmediata (en total, 36 consultas). Es decir, se puede dedicar a la consulta propiamente dicha un 80% del tiempo total y, si el horario diario es de ocho horas, se puede dedicar una hora a la atención a domicilio (con una media de dos pacientes diarios atendidos a domicilio, uno de encuentro programado y otro a demanda) y otra hora a la atención de consultas por teléfono y virtuales (teleconferencias, correos electrónicos y otros) y tareas administrativas o del equipo.

Naturalmente, la agenda tiene que ser flexible y adaptarse al médico y a su población. No puede tener la misma agenda el médico que empieza que el médico que lleva ya más de 5 años; en el primer caso serán más importantes las consultas programadas, con pacientes nuevos y mucho contenido clínico imprevisible y en el segundo se podrá llevar una agenda del estilo de la propuesta más arriba, con muchas consultas previsibles y casi rutinarias.

- **El control del tiempo durante la consulta**

“Escoger el propio tiempo es ganar tiempo” (Sir Francis Bacon)

"He redactado esta carta más extensa de lo usual porque carezco de tiempo para escribirla más breve" (Blaise Pascal)

Todo encuentro médico-paciente es sagrado, por irrepetible y por las emociones que se cruzan en el intercambio de saberes ^{xlvi}. El paciente es dueño de su sufrimiento y de sus conocimientos populares, personales y familiares que modifican la expresión de sus razones de consulta. El médico ofrece su capacitación teórica y práctica para encontrar alternativas que sean aceptables para los problemas de salud del paciente, según sus valores y objetivos vitales. En este sentido el encuentro entre razones de consulta y alternativas para los problemas de salud es sagrado y no debería tener límite en el tiempo.

Pero tienen que tener límite temporal incluso las consultas sagradas propiamente dichas; por

ejemplo, aquellas en las que el paciente llora, o comunica sus últimas voluntades, o pide eutanasia, o aborto voluntario y otras muchas más en las que se expresan sentimientos profundísimos que requieren de tiempo para respetar la dignidad del paciente^{xv}.

El bien máspreciado del médico es su tiempo. Y debe saber administrarlo con la misma habilidad que sabe colocar un DIU, extirpar un carcinoma cutáneo, diagnosticar una depresión, prescribir apropiadamente antibióticos o escuchar a un adolescente con problemas de alimentación. Si el médico no sabe gestionar su tiempo nadie lo hará por él. El descontrol en el tiempo de consulta provoca insatisfacción en el médico y en el paciente. Ambos saben que hay límites temporales y por ello ambos aceptan un final a cada consulta. Si se gestiona bien el tiempo ese final parece natural pues el paciente ha tenido posibilidad de expresar incluso sus fantasías diagnósticas; es decir, sus temores ante signos y síntomas que muchas veces vive como amenaza vital pues de forma similar empezaron otros amigos y familiares que han acabado muriendo por dichos problemas de salud.

Desde luego, un reloj grande con segundero tiene que "dominar" el despacho médico, pero si es posible de forma no ostentosa, en un rincón o en alto tras el paciente de forma que sea posible controlar el paso del tiempo sin dar sensación de prisas (produce pésima impresión mirar el reloj de pulsera, o el del ordenador-computador). Otra posibilidad sería incluir un pequeño reloj digital en el vaso o caja en que se guardan lápices, clips y otro material de oficina, encima de la mesa y visible sólo para el médico.

Tras llamar al paciente por su nombre, recibirle de pie en la puerta, estrechar su mano y presentarse el propio médico (en caso de paciente nuevo), acompañar al paciente para sentarse en una silla a la misma altura que la del médico y a ser posible en su cercanía (mesa contra la pared, y ambos de esquina) la consulta debería iniciarse con una pregunta abierta, del estilo de "¿Qué le trae por aquí?". Si conocemos de ciencia propia el motivo de consulta también debería empezarse con una pregunta abierta del estilo de "Sé que viene a por los resultados del análisis, ¿y algo más?".

Tras la pregunta hay que dejar que el paciente se "vacíe", hay que darle tiempo para que exponga sus razones de consulta (aquello que le ha llevado ese día a visitar el médico). La tentación es cortar al paciente en su discurso, en parte por inseguridad del médico y en parte por miedo a que se extienda en exceso. De hecho, lo más frecuente es dejar hablar espontáneamente al paciente dieciséis segundos antes de interrumpirle con alguna cuestión técnica^{xvi}; por ejemplo, si el paciente ha venido por vómitos, "¿Lo que vomitó, fue sangre?". Con ello provocamos una dinámica que alarga, no acorta la consulta. Además, con ello centramos la entrevista en la razón de consulta inicial que puede no ser la más importante ni la única.

Conviene olvidar las típicas quejas de los profesionales sobre las consultas de pacientes con múltiples razones de consulta pues es infrecuente en su conjunto el paciente con más de 3 razones de consulta. Y el paciente demandante sin razón es más un mito que una realidad, pues su frecuencia no llega al 1% en oncología, por ejemplo^{xvii}. En cualquier caso es importante identificar las razones que traen al paciente a la consulta para lograr ofrecer longitudinalidad. En muchos casos el paciente acude a urgencias por problemas derivados de otros previos, a veces mal resueltos y/o incorrectamente identificados^{xviii}.

Si el paciente ha expresado sus razones de consulta y se han aclarado, corresponde explorarlo físicamente cuando sea apropiado. La exploración puede conllevar retraso si el paciente no va vestido convenientemente, o si no lo espera. Por ello es bueno que todos los pacientes reciban un folleto con la filosofía de la consulta donde se exponga claramente que habitualmente se explora a los pacientes y que conviene acudir vestido en forma que facilite dicha exploración física^{xix}.

La formulación de problemas y la consideración de las posibles alternativas diagnósticas y terapéuticas dependen básicamente de la capacitación del médico. En todo caso es prudente compartir la ignorancia y la impresión de gravedad, lo que suele aliviar al paciente; por ejemplo, "No sé qué son esas manchas, pero no parece cosa grave. Vamos a dejarlas y examinarlas en un par de meses, salvo que vea usted algo raro". Los pacientes suelen tener experiencia acerca de las limitaciones del médico y conviene compartirlas con ellos.

Tras asegurar la comprensión del paciente se puede cerrar la entrevista con un plan de seguimiento y en todo caso dejando una puerta abierta para consultar sin cita cuando haya complicaciones o signos-síntomas de alarma.

2. Control de la incertidumbre

Un valor central en atención primaria: el control de la incertidumbre

La incertidumbre es la percepción subjetiva de ignorancia^{xx}. En la consulta, la incertidumbre disminuye la seguridad del médico en la toma de decisiones clínicas. La incertidumbre es consustancial a toda decisión clínica y sin control puede llevar a disminuir la calidad y a incrementar el uso innecesario de recursos^{xxi}. No siempre tenemos respuestas a los problemas de los pacientes, y aún teniéndolas, nunca tendremos certeza sobre las consecuencias de la mejor alternativa seleccionada.

La incertidumbre afecta a todas las decisiones de la vida, tanto profesionales como personales. En la

consulta es fundamental compartir con el paciente nuestra incertidumbre.

Es imposible decidir con certeza absoluta por mucho que se controlen las condiciones pasadas y presentes. Ni siquiera en los experimentos físicos de laboratorio de investigación se tiene certeza de los resultados y sólo cabe el obtener medias para acercarnos a los resultados verdaderos. Podemos pues, limitar o acotar la incertidumbre, pero poco más.

Hay una parte de la incertidumbre clínica que se debe a las limitaciones científicas, bien a la falta de modelos teóricos, bien a la falta de parámetros. Por ejemplo, carecemos de un modelo riguroso acerca del impacto en la salud de los pacientes de las distintas formas de pago a los médicos. En otro ejemplo, carecemos de datos precisos acerca del impacto en las resistencias bacterianas del uso de antibióticos en las cistitis femeninas de probable origen vírico. Esta ambigüedad clínica puede llevar a un rechazo de la decisión sin agotar todas las posibilidades; es decir, a un exceso de pruebas que llevarán muchas veces al desencadenamiento de un círculo infernal de incertidumbre, con múltiples cascadas diagnósticas y terapéuticas que suelen incrementar la incertidumbre y producir más daños que beneficios^{xxii}.

La incertidumbre es importante en la consulta médica pues hay que decidir generalmente con cierta rapidez y las decisiones repercuten en la salud del paciente, en su familia, en la comunidad y en el coste de la atención.

Esto es así sobre todo en atención primaria, pues los problemas se ven en toda su evolución, desde el inicio con síntomas y síntomas vagos a cuadros floridos y muchas veces no se llega a un diagnóstico que justifique una intervención concreta^{xxiii}. Lo típico en atención primaria es que muchos pacientes se presentan con síntomas y signos mal definidos, que se resuelven solos o que permanecen por décadas sin aclararse (en cuyo caso la incertidumbre permanece dentro de la certeza hasta etiquetar incluso como "signos y síntomas sin explicación médica")^{xxiv, xxv}. Estos últimos casos ponen de relieve el contraste entre la certeza del sufrimiento del paciente (no hay incertidumbre respecto al mismo) y la incertidumbre respecto a su causa y mejor forma de tratarlo.

Sirvan de ejemplo tres casos clínicos "simples": 1/ mujer de 55 años, fumadora, con dolor de cabeza de dos semanas de evolución que achaca a problemas en el trabajo, pero ¿se puede pensar en el cuadro inicial de un cáncer de cerebro?, 2/ varón 28 años con cuadro de prurito persistente que no parece tener origen concreto, en el que su médico de cabecera duda si iniciar una búsqueda de linfoma, 3/ niño recién nacido con luxación congénita de cadera según la ecografía, ¿qué añade el seguimiento en el hospital sobre el seguimiento en primaria?

Cabe considerar todas las posibilidades pero conviene trabajar sobre probabilidades, lo que

caracteriza al médico de primaria^{xxvi}. El médico prudente tendrá en cuenta estas posibilidades pero actuará según las probabilidades más comunes, según lo más frecuente, según lo habitual.

No es fácil controlar de continuo la incertidumbre frente a tanto sufrimiento si en una consulta suele haber de media dos razones de consulta, y si en total un médico al final de la vida ha atendido a pacientes en casi 300.000 encuentros. Es incertidumbre respecto al completo proceso de atención, en torno a las razones de consulta en sí pero también sobre las respuestas, tipo ¿preguntar más, sobre qué? ¿explorar? ¿pedir pruebas complementarias y cuáles? ¿derivar al especialista, o a urgencias? ¿organizar un seguimiento para este problema, o dejarlo a su evolución espontánea? ¿"esperar y ver" en este caso?, etc.

El adecuado control de la incertidumbre se convierte en un valor, pues los pacientes, sus familias y la sociedad entera estiman en mucho que el médico clínico encuentre el justo equilibrio entre un trabajo descuidado que retrase diagnósticos e intervenciones y un trabajo excesivamente riguroso que lleve al inicio de las ya comentadas incontables cascadas preventivas, diagnósticas y terapéuticas innecesarias. Hay que aceptar un grado prudente de riesgo de forma que las decisiones se sitúan entre "hacer de más rutinario" y "hacer de menos pausado" (entre un sistema 1 hiperactivo y automático y un sistema 2 tranquilo y experimentado^{xxvii}). Este dominio prudente del riesgo se enseña en parte, como bien reflejan los estudios que demuestran la aversión al riesgo de los médicos generales belgas y británicos por comparación con sus colegas holandeses^{xxviii}. Pero hay otra parte del dominio prudente del riesgo que depende de condiciones intrínsecas al paciente y a la situación del problema y, sobre todo, a un estilo de práctica individual y personal que se demuestra tanto para médicos como para enfermeras.

El control de la incertidumbre y la medicina centrada en las personas

La incertidumbre ha aumentado en la consulta clínica por 1/ el desarrollo científico y especialmente de la "medicina basada en pruebas/la evidencia", que aporta certezas pero también dudas, 2/ el estilo de una práctica médica menos paternalista que promueve la toma de decisiones compartidas, 3/ la complejidad creciente de los problemas clínicos por la presencia habitual de la multimorbilidad y 4/ el trabajo centrado en la persona, pues mucho del conocimiento se basa en la enfermedad y/o factor de riesgo, con escasos estudios sobre la complejidad del enfermar en los pacientes en la propia comunidad^{xxix}.

Por todo ello, el curso óptimo de acción es difícil de elegir tanto durante el propio acto clínico, en las condiciones de la práctica diaria, como en el análisis *a posteriori*. No es posible considerar lo

que hubiera pasado si hubiéramos tomado otras decisiones, entre otras cosas porque son miles las decisiones que se toman durante el más simple encuentro. Por ejemplo, durante una consulta "menor", del estilo de la del paciente sin antecedentes de interés que tiene una lumbalgia de una semana de duración, el médico de primaria toma decisiones continuas que llevan a un resultado no siempre fácilmente esperable. Por ejemplo, si en este caso el paciente tiene un vecino y buen amigo en el que el médico diagnosticó con retraso un mieloma cuyos síntomas iniciales fueron también tipo lumbalgia inespecífica.

El médico tiene que decidir en todos los casos cuánto tiempo deja hablar al paciente, qué preguntas hace, cuándo explora, qué explora, si introduce pautas preventivas aprovechando la oportunidad, en qué momento termina el proceso diagnóstico y recomienda un determinado seguimiento, etc. Desde este punto de vista no hay consultas simples, y todas son de una enorme complejidad por más que se resuelvan satisfactoriamente en apenas diez minutos. En esta capacidad de decisión rápida es fundamental 1/ la práctica clínica en primaria con longitudinalidad y 2/ la existencia del trabajo del médico como filtro.

La longitudinalidad es la prestación de servicios muy variados a lo largo de los años mediante una relación personal de confianza del paciente-familia, que busca el primer contacto con su médico de primaria^{xxx}.

El filtro es el monopolio del primer contacto, cuando los especialistas son sólo accesibles a través de la derivación del médico de familia/general^{xxx}ⁱ. La longitudinalidad es individual y familiar y permite que el médico tenga un tesoro de información de cada paciente-familia lo que lleva a mayor resolutivez con menos tiempo de consulta y menor consumo de pruebas diagnósticas "duras" (las que proceden de máquinas, como análisis, ECG y otras)^{xxx}ⁱⁱ. Esta longitudinalidad permite conocer los valores de los pacientes-familia y adoptar las decisiones a los mismos. La longitudinalidad hace posible el respeto a los valores personales, culturales y sociales, aspecto clave cuanto mayor sea la incertidumbre.

La longitudinalidad implica el encuentro entre personas, con sus emociones y vivencias; por ello, la historia clínica electrónica es sólo una ayuda para la longitudinalidad pero con sus inconvenientes en cuanto a rigidez en el registro, y otros^{xxx}ⁱⁱⁱ.

El control de la incertidumbre entra en conflicto con valores profundos, tanto del paciente como del propio médico general. Así, el médico tiene que saber renunciar a cierto grado personal de seguridad, de certeza en la decisión, y dejarse llevar por su intuición y conocimientos para alcanzar ese curso óptimo de acción que consiga el mejor resultado posible. Al tiempo, el médico tiene que

aceptar la certeza del sufrimiento del paciente. Es decir, tiene que saber distinguir claramente entre la incertidumbre de la respuesta y la certeza del problema. Por ejemplo, si el paciente dice que le duele la espalda le duele la espalda aunque la historia y la exploración sean negativas.

Se trata de evitar errores pero con una actuación prudente, no con la imprudencia de hacer de más o de hacer de menos. Conviene encontrar en cada encuentro y paciente el punto ideal entre la decisión con riesgos excesivos y la aversión al riesgo que lleva a retrasar continuamente la decisión en la espera de resultados confirmatorios. En el día a día hay que tomar decisiones con cierta prontitud en la consulta puesto que no se pueden prolongar indefinidamente ni los propios encuentros ni el seguimiento; la incertidumbre no puede ser paralizante. De todo ello hay poco en la enseñanza a estudiantes y residentes, y también poca investigación y docencia continuada.

Ética de la ignorancia y control de la incertidumbre

La incertidumbre se incorpora al proceso de decisión de forma creciente, por la mejor formación de médicos y pacientes y por la mayor complejidad de las situaciones clínicas. Por ejemplo, en el paciente con EPOC se mezclan la incertidumbre frente al seguimiento, tratamiento y complicaciones con la necesaria participación del paciente en el conjunto del enfermar suyo y de su familia y la sensación de fracaso del propio médico ante enfermos de pronóstico final infausto. Lo honrado es compartir con el paciente nuestro desconocimiento, con piedad y respeto, para lograr un clima positivo en la consulta y a lo largo de los años de seguimiento del paciente.

Ante la incertidumbre, desde el punto de vista del paciente, es imprescindible que el médico de familia/general comparta su ignorancia, y la ignorancia de la ciencia al respecto. Es la ética de la ignorancia^{xxxiv}.

Compartir incertidumbre e ignorancia da seguridad al paciente, contra lo que pueda parecer. El paciente precisa una apreciación que le tranquilice. La tranquilidad no equivale de ninguna forma a falsa seguridad, a mentir al paciente. Se tranquiliza al paciente con un curso de acción prudente que incluye compartir la ignorancia y dar tiempo al tiempo y a la “espera expectante”.

Los pacientes prefieren saber, si el saber que se transmite es respetuoso con sus valores. Lo clave es tener un conocimiento generalista que se ofrezca respetando la dignidad de personas y comunidades; es decir, ejercer para lograr una calidad al tiempo científica y humana, con armonía, compasión y piedad. Esa piedad también es importante para el médico y para sus colegas y compañeros de trabajo, para tolerar la incertidumbre.

Puesto que la incertidumbre es la percepción subjetiva de ignorancia, el conocimiento disminuye la

incertidumbre. Por ejemplo, el conocimiento de la falta de efectividad de la vacuna de la gripe disminuye las dudas ante un paciente que la reclama. En otro sentido, el conocimiento práctico de atender a pacientes con dengue en una zona endémica da soltura al médico ante un paciente con fiebre y probable dengue.

En sus extremos la ignorancia es peligrosa. Quien no sabe nada, nada duda. Quien sabe mucho puede llegar a dudar demasiado. Esa es parte de la dificultad de ser médico general/de familia, y a su vez una de sus fortalezas pues al no ser ni un experto ni un ignorante puede decidir con más sentido común, con un conocimiento generalista que le permite atender a la persona global en su contexto social. Para ello el médico de primaria debería tener conocimientos actualizados de ciencias (médicas, quirúrgicas, de especialidades, epidemiológicos, sociológicos y otros) y al tiempo conocimientos de la comunidad y de los pacientes-familias a los que atiende. No se puede ejercer en atención primaria sin compartir la ignorancia, pero tampoco sin dejar de estudiar a diario y sin compartir vivencias con los pacientes y la comunidad, para conocer sus valores y culturas^{xxxv}.

Control de la incertidumbre en la consulta: medicina centrada en la persona, longitudinalidad, ética de la ignorancia y mucho más de polivalencia y accesibilidad

Si un médico quiere controlar la incertidumbre con prudencia en la consulta debería 1/ centrar la prestación de servicios en la persona en su integridad, no en el paciente como enfermo, ni en la enfermedad, ni en los factores de riesgo (no caben, pues, los programas verticales ni los días específicos y/o programáticos), 2/ ofrecer longitudinalidad (un compromiso de permanencia con la comunidad para llegar a conocer a fondo a los pacientes-familias y sus valores y al tiempo la oferta de servicios variados de gran resolutivez) y 3/ lograr un conocimiento creciente de las ciencias que se adapte a las necesidades cambiantes de la población, ofrecer servicios generalistas muy humanos y compartir los límites de la medicina y de las ciencias (ética de la ignorancia).

Naturalmente, el control prudente de la incertidumbre exige conocimientos actualizados, destrezas y habilidades suficientes y una actitud de servicio que busque el logro de una práctica clínica de calidad. No es mejor médico el que sabe más, sino el que conoce sus limitaciones y las comparte con sus pacientes.

La tentación frente a la incertidumbre es reducir el campo de trabajo, centrarse en alguna enfermedad-situación. El médico general puede intentar combatir la incertidumbre especializándose en algo, dedicando atención preferente a los pacientes con alguna característica (con diabetes, con epilepsia, que precisan cirugía menor, etc.). Por ejemplo, la especialización se ha intentado en el

Reino Unido con "los médicos generales con intereses especiales"^{xxxvi}. Pero eso degrada la Medicina General/de Familia pues ante la incertidumbre es clave que el médico general lo sea en propiedad; es decir, que sea generalista, que sea capaz de enfrentarse y dar respuesta a gran variedad de cuestiones y situaciones, que sea polivalente para enfrentarse a la incertidumbre y a los retos de la consulta diaria^{xxxvii}.

El generalismo es un valor que ayuda a ser resolutivos, que permite decidir en condiciones de incertidumbre muchas veces sin saber bien cómo se hace, por pura intuición, sentido común y experiencia.

El trabajo en atención primaria es por definición sin límites ni de edad ni de sexo ni de problemas, pues la especialidad de Medicina General/de Familia se caracteriza por atreverse a dar respuesta a todos los pacientes, y a resolver la mayoría de los problemas con la simple "silla" (los recursos disponibles en el despacho del médico o en el domicilio del paciente)^{xxxviii}.

La polivalencia es un valor de la práctica clínica del médico general que ayuda a lograr una respuesta prudente en el control de la incertidumbre. Cuando un médico es capaz de dar respuesta a múltiples problemas logra crédito ante sí mismo (autoestima) y sobre todo ante los pacientes y la comunidad (prestigio social). Este crédito facilita el trabajo con la ética de la ignorancia para transmitir seguridad al tiempo que se comparte el desconocimiento y las limitaciones de las ciencias y del propio profesional.

Hay que aceptar que la incertidumbre es consustancial a la clínica diaria en atención primaria. La aversión al riesgo en la toma de decisiones puede llegar a ser paralizante y dañina. No se puede rechazar la incertidumbre con un horror a la decisión que lleve a una práctica de rutina. Conviene la práctica generalista, con pacientes en diversos grados de evolución y de complejidad^{xxxix}. Puede creerse lo contrario, que se controla mejor la incertidumbre con consultas monográficas, de programas verticales, tipo "diabéticos los lunes por la tarde", "embarazada sana los martes por la mañana", etc.

Por ejemplo, puede creerse que se controla la incertidumbre con mayor facilidad si la consulta del médico general se transforma en una consulta de crónicos estabilizados "sumisos", de programas verticales de enfermedades crónicas (hipertensos, obesos, SIDA, diabéticos, etc) y de actividades preventivas (revisión del niño sano, salud del varón, etc.).

Las colas para ser atendido por el propio médico de cabecera hay que interpretarlas en clave de incertidumbre, pues con esperas de hasta una semana (y más) los pacientes se seleccionan, y devienen esos crónicos estabilizados "sumisos" en los que parece fácil controlar la incertidumbre

pues se adaptan a programas, protocolos y algoritmos. Este grupo de pacientes plantea menos dudas que la abigarrada variedad que llega normalmente a la consulta del médico general cuando los pacientes son vistos en el mismo día, o como mucho en 24 horas. Pero el trabajo centrado en pocos problemas cada vez limita más la capacidad de gestionar la incertidumbre y el médico acaba convertido en un autómata que sólo se siente seguro aplicando a rajatabla programas y protocolos. Al cabo el médico deja de ser verdaderamente médico y pierde su autoestima y su capacidad de controlar la incertidumbre.

Por ello la accesibilidad es un valor a incrementar para responder a la incertidumbre. En el absurdo de una falta absoluta de accesibilidad no habría problema alguno con el control de la incertidumbre, pero ese es un curso de acción extremo, como lo es la accesibilidad del 100% al propio médico de cabecera, las 24 horas del día, los 360 días del año. Ambos cursos de acción son extremos y por ello no llevan a decisiones prudentes, óptimas, adaptadas a cada contexto y situación. Conviene la mezcla de pacientes citados para seguimiento, con pacientes a demanda espontánea y hasta los pacientes con urgencias. Con ello el médico "hace manos" y se siente a gusto en el Mar de la Incertidumbre^{xi}.

3 El rechazo a la tiranía del diagnóstico

Además de especializarse en algo, tipo "médicos generales con intereses especiales" del Reino Unido, cabe en atención primaria la actitud del especialista que aspira a etiquetar todo proceso patológico y que espera atribuir a todos los pacientes los diagnósticos apropiados que expliquen su dolencia. Es lo que llamamos la "tiranía del diagnóstico"^{xii}, que en su visión de mayor rigor lleva a rechazar siquiera inconscientemente a los pacientes que no "cuadran" con ningún diagnóstico, los enfermos con "signos-síntomas médicamente inexplicables. Esta tiranía del diagnóstico olvida que no hay enfermedades sino enfermos, de forma que la aversión a la incertidumbre puede llevar directamente al deterioro de la atención clínica.

El diagnóstico en exceso lleva al rechazo de los pacientes que no se "ajustan" a ninguna etiqueta

Los enfermos tienen "derecho" a tener malestares que no se pueden etiquetar según el conocimiento médico actual. La convivencia con la incertidumbre en Medicina General/de Familia se funda en el

hecho de que en torno a la mitad de los casos se resuelven sin haber llegado a diagnóstico alguno y en torno a un tercio no tienen nunca una clara adscripción diagnóstica al comienzo (esta se logra, por otra parte, hasta en un 94% de los casos con la anamnesis y la exploración física en la consulta)^{xlii}.

Un afán excesivo de diagnosticar lleva a la transformación de los pacientes en "estampas" que cuadran con los modelos. Los pacientes terminan aprendiéndolo y sabiendo que hay enfermedades honorables (con diagnósticos) y "otras" enfermedades (aquél sufrimiento que no cabe en etiquetas y que por ello parece menos enfermedad). Se pierde, así, la dignidad y el respeto al enfermar, al sufrimiento del paciente y de su familia. Los pacientes se homogenizan y se ignora su sufrir individual. Se rechazan de una forma u otra a los enfermos con síntomas persistentes médicamente inexplicables, tipo vértigo, dolor abdominal, jaquecas, prurito y demás. El rechazo a la incertidumbre lleva al rechazo de los pacientes que no se ajustan a los patrones homologados de enfermedad. Con ello los médicos son menos médicos y su atención descuidada lleva a rechazar el sufrimiento humano, tan distinto y peculiar en cada caso pues expresan una idiosincrasia enraizada en lo más profundo del ser humano.

La concepción de las enfermedades como entidades perfectamente delimitadas es poco científica, en el sentido de no reflejar la visión empirista que ha permitido el progreso de la ciencia. Pero el diagnóstico como tal cumple funciones médicas (se asocia a un tratamiento definido y a un pronóstico sugerido) y es requerido en parte por el paciente-familia ("¿Qué tengo doctor?"). Es fácil sucumbir a la tiranía del diagnóstico tanto como falso remedio a la angustia frente a la incertidumbre cuanto por establecer lazos rituales, emocionales y cognitivos con los pacientes. Sirvan de ejemplo del valor simbólico del diagnóstico los de colon/intestino irritable y fibromialgia, con todo el cambio profesional social y cultural que implica la difusión de tales etiquetas.

Todo se confabula contra el médico que intenta rechazar la "tiranía del diagnóstico", incluyendo la orientación de la prestación de servicios según programas verticales, la presión de pacientes y familias y la necesidad de etiquetar cada episodio de atención. Este diagnosticar compulsivo se fuerza con los registros electrónicos, especialmente si no se cuenta con la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2).

La "tiranía del diagnóstico" lleva a peor resultado en salud

En muchos casos la fuerza de la búsqueda heroica del diagnóstico es tal que llega a frenar las intervenciones que podrían aliviar (y resolver) la mayoría de los problemas. En la espera de un

diagnóstico apropiado se pierde la posibilidad de ayudar al paciente. Es decir, por resolver la incertidumbre se prolonga el sufrimiento. Por ello el médico de atención primaria prudente debería buscar el diagnóstico sólo cuando dicha búsqueda ofrezca más beneficios que daños. En Medicina General/de Familia la clave es responder con prudencia a los problemas, no diagnosticarlos. Es clave diagnosticar cuando hacerlo lleve a mejor resultado en salud, no a peor. En muchos casos lo importante es la decisión, la actuación, el curso óptimo que a veces no requiere diagnóstico sino acción prudente.

El énfasis excesivo en el diagnóstico (al intentar controlar la incertidumbre mediante la solicitud de pruebas complementarias) lleva a peor resultado en salud y a mayor gasto. La búsqueda heroica del diagnóstico imposible da origen a múltiples cascadas de incierto final^{xliii}. Por ejemplo, conviene “retenerse” ante el afán de diagnóstico cierto en todo caso de infección respiratoria alta pues en general da igual que la causa sea vírica o bacteriana, y el tipo de microbio específico de que se trate. La mayoría de los casos evolucionarán espontáneamente a la curación y no se precisan antibióticos sino medidas de apoyo, paliativas ante las molestias. Por supuesto, lo que sucede en las infecciones de vía respiratorias altas sucede en muchos otros campos y, como ya hemos comentado, en torno a la mitad de los problemas atendidos por el médico general se resuelven sin un diagnóstico definitivo. En otro ejemplo, el dolor abdominal en las adolescentes en cuyo diagnóstico se puede llegar a conductas que rozan la tortura (ecografía, análisis, tomografía, biopsia intestinal, ingreso hospitalario, etc.)^{xliv}. En este afán de etiquetar a la adolescente con dolor inespecífico puede ser un factor importante la presión de la familia que quiere saber qué tiene la chiquilla. Este afán es un problema de control de la incertidumbre pero también de buenas relaciones con los pacientes-familias y de crédito y autoridad del médico.

La "tiranía del diagnóstico" no respeta los valores de pacientes-familias (ni del médico general/de familia)

A veces se pretende justificar la "tiranía del diagnóstico" con las reclamaciones judiciales, lo que se llama medicina defensiva. Sin embargo, el médico tiene que actuar como "agente del paciente" en el sentido de decidir como si fuera el propio enfermo con el conocimiento del profesional. El paciente vería las decisiones de medicina defensiva como medicina ofensiva en el sentido de abuso^{xlv}. Se puede y se debe explicar al paciente el proceso de toma de decisiones y la posibilidad de hacer menos daño cuando se busca el diagnóstico con menor rigor. Conviene conocer los valores y expectativas de los pacientes para adaptar el proceso de atención a sus sentimientos y cultura de

forma que se comparta la posibilidad de actuar sin diagnosticar.

Es absurdo pretender diagnosticar todo, y ese impulso, “la tiranía del diagnóstico”, refleja bien el cambio filosófico y en los valores profesionales que conlleva la influencia excesiva de los especialistas sobre la formación de estudiantes y residentes, y en general en toda la medicina. Los valores profesionales del médico de primaria son muy diferentes a los del médico especialista pues la visión de ambos es muy distinta (y complementaria).

Los especialistas tienden a ver enfermedades, no enfermos; los de primaria tienden a ver enfermos, no enfermedades. Los especialistas suelen prestar una atención episódica; los de primaria suelen prestar atención longitudinal. Los especialistas se centran en el pequeño grupo de problemas de salud de su especialidad, los médicos de primaria cubren el completo espectro del enfermar. Los especialistas emplean tecnología para obtener datos “duros” (los que proceden de aparatos), con menosprecio en general de los datos “blandos” (los que aporta el paciente, la familia y su entorno al médico general con su longitudinalidad); los médicos de primaria toman decisiones básicamente con la información “blanda”, aunque pueden precisar de información “dura”. Por consecuencia, los especialistas rechazan la incertidumbre y buscan la certeza del diagnóstico mientras los médicos de primaria trabajan cómodamente sin diagnósticos y en el Mar de la Incertidumbre.

La modalidad de aversión al riesgo como aversión a la incertidumbre lleva a la intolerancia a la decisión sin diagnóstico, lo que retrasa en muchos casos la curación (y contribuye a crear listas de pacientes, tanto en especializada como en primaria).

El control de la incertidumbre es un valor típico del profesionalismo del médico general/de familia. Lamentablemente no se le enseña como estudiante, ni como residente de la especialidad de Medicina de Familia/General. Este valor del generalista se enfrenta a la aversión a la incertidumbre del especialista y a su excesivo énfasis en el diagnóstico (y al consiguiente retraso en tiempo hasta poder justificar las decisiones con los resultados “duros”).

Copiar la actitud diagnóstica del especialista es una aberración en atención primaria, donde los problemas tienen presentación precoz y poco definida, y en muchos casos se resuelven con intervenciones prudentes sin diagnóstico. Además, no deja de ser irónico que mucho del campo del diagnóstico médico esté bien lejos de tener fundamento científico. Los procesos diagnósticos tienen graves fallos metodológicos, y su evaluación está bien lejos de la de los procesos terapéuticos, de forma que el apoyo excesivo en los diagnósticos es el apoyo excesivo en un suelo de incierta consistencia, de dudoso valor. Son datos “duros” pero dudosos. Justifican tal vez la acción, pero sin fundamento científico en muchos casos. Así, la aversión a la incertidumbre lleva a una práctica

clínica menos científica cuando se basa en excesos diagnósticos.

Ejemplo práctico

Supongamos un médico de familia que se acaba de hacer responsable de una lista de 2.400 pacientes.

Desconoce todo sobre los pacientes y el lugar que habitan y no hay registros de la atención previa.

¿Cómo definir la estructura de la población? Si es la estructura poblacional es predominantemente joven precisará de más consultas clínicas asistenciales puntuales (puericultura, problemas agudos, resultados de exámenes, etc.). Si es una población anciana necesitará de más consultas clínicas y burocráticas continuadas (seguimiento de enfermedades crónicas con pacientes con multimorbilidad, complicaciones agudas, control de recetas, etc.). La lista de pacientes suele tener datos acerca de la edad y el sexo de los pacientes, así como sobre su domicilio y por ello es un punto de partida. Hay que añadir el registro cuidadoso en la historia clínica (en papel o electrónica) del proceso de atención a los paciente. Lo ideal es un registro orientado por problemas^{xlvi} y la confección y mantenimiento actualizado de una lista de problemas por cada paciente, codificado con la CIAP-2. Bastarán entre 2 y 4 semanas para tener una primera percepción de la población.

¿Cuál es la intensidad de uso previsible? Es de esperar que haya unas 3 consultas por año y persona de la lista, si esta tiene una estructura media; si está muy envejecida, la intensidad de uso puede doblarse. En general bastará con prever unas 7.200.

¿Y si hay grandes utilizadores, justificados o no? Estos suelen ser el 20% de la población, unos 480 personas en el ejemplo. Consumen al año entre 6 y 7 consultas, por lo que hay que prever 3 consultas más para cada uno de ellos. Es decir, unas 1.440 anuales.

En total, pues, son 8.640 consultas al año. Es decir, una presión asistencial de unas 36 consultas diarias, si se trabajan 240 días al año. El nuevo médico puede dedicarles unas 7 horas diarias, hasta que vaya conociendo a los pacientes y a la población.

¿Cómo organizar la agenda^{xlviii}? En general la consulta programada no mejora el acceso, ni optimiza el tiempo, ni disminuye la demanda, además de provocar la formación de colas. La consulta programada lleva con facilidad al estricto cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos, de que se establezcan circuitos paralelos y de que se acabe juzgando como mal uso por los pacientes lo que es mala gestión por el profesional. Por todo ello, lo mejor es dejar abierta la agenda para que el 70-80% de las consultas sean de cita del mismo día, o del anterior.

Pueden esperarse unas 10 consultas programadas al día y a cada una de ellas se le pueden dedicar

20 minutos pues la media será de 2 problemas por consulta. Si se necesita, para facilitar la gestión administrativa se pueden emplear en cada paciente citado (programado) dos bloques de 10 minutos. Sabemos que aproximadamente el 0,7-0,8% de la población consulta espontáneamente a diario, sin cita. Eso representa unas 20 consultas espontáneas diarias, con una duración de 10 minutos cada una, y con una media de 1,5 problemas por consulta.

Quedan 6 consultas de las 36 consultas diarias previstas. Se pueden dedicar 5 minutos a cada una de ellas y atender 1 problema de salud, bien tipo tareas rutinarias de seguimiento (el resultado de un examen concreto, por ejemplo) bien atención a consultas imprevistas (valoración de una herida cutánea en un niño, que pasa a ser luego atendido por la enfermera). Estos huecos de 5 minutos se pueden distribuir agrupados de dos en dos a lo largo de las 7 horas de consulta.

Por supuesto, multitud de cuestiones burocráticas pueden salir de la consulta, como justificantes, renovación de recetas y otros muchos.

En los primeros meses se pueden ofrecer sólo consultas de 10 minutos, para dar cabida a la demanda previa insatisfecha. Si hubiera más de 36 peticiones de cita cabe añadirlas de una en una de forma que se vayan ofreciendo tiempos de 5 minutos, tras advertir que serán consultas rápidas concentradas en 1 sólo problema de salud. Pueden ser días y semanas de agobio, pero habitualmente a los dos meses se logra empezar a pasar a una organización más racional, tipo la propuesta más arriba con algunos pacientes citados (consulta programada). Tanto el médico como los pacientes se van conociendo y mejora la ansiedad, el control de la incertidumbre, se enriquece en variedad la consulta, se reducen costes y tiempos, aumenta la satisfacción y comienzan a aparecer ideas y momentos para la enseñanza, investigación y educación para la salud. Habrá ratos de agobio y de pensar en aligerar la consulta pidiendo pruebas o citando para días siguientes, pero conviene superar esos momentos con determinación, fortaleza y resiliencia.

Así pues, tras unos primeros meses de agobio empezará a ser posible citar a pacientes para consultas de 20 minutos, según su complejidad, y a otros aceptarlos en consultas breves de 10 minutos para asegurar la longitudinalidad. Al paso de los meses se puede terminar con una consulta de 6 horas en total, distribuidas entre mañana y tarde que incluya en la agenda 8 consultas programadas de 20 minutos, 16 consultas breves de 10 minutos y 8 consultas rápidas de 5 minutos. De esta forma se facilita la accesibilidad que asegura la longitudinalidad y da crédito al permitir responder a problemas por el médico de cabecera en el momento que se precisa. Con los años se debería incrementar el acceso pues ya se conoce bien a los pacientes y a la población, e ir a una agenda con 6 consultas programadas de 20 minutos, 18 consultas de demanda espontánea de 10

minutos y 12 consultas rápidas de 5 minutos.

Como todo en primaria, la agenda debe ser flexible para adaptarse, por ejemplo, a la mayor demanda de los lunes (las consultas sin cita son más frecuentes tras las fiestas), o del invierno cuando llegan las gripes y catarros, y a las ausencias y re-incorporaciones del propio médico.

En esas 6 horas de trabajo, distribuidas en horario de mañana y tarde, conviene tener claro que la demanda no suele empezar temprano y hay que conseguir que lo haga para que no terminar tarde. Los tiempos vacíos, por falta de citas/pacientes, se deben aprovechar como colchones que permitan corregir los atrasos, con el mismo objetivo de no terminar tarde y lograr, además, que la sala de espera no esté a rebosar, lo que ayuda a dar tranquilidad y calidad a la atención.

¿Cómo potenciar la agenda y la consulta?

Es fundamental equilibrar la oferta de consultas con la demanda. Si tenemos 36 posibles citaciones y se presentan 40 pacientes inevitablemente se producirá una cola de 5 pacientes (y muy mal ambiente en la sala de espera y en la recepción, por la ansiedad de los pacientes no atendidos).

En general se deben prever los picos de demanda ya citados e incrementar la oferta disminuyendo la duración de cada encuentro y alargando las horas de atención clínica directa.

En lo concreto, hay que ir a la raíz del problema y trabajar con una filosofía de "amor a primera vista"; es decir, dedicar tiempo e inteligencia a la primera consulta de cada paciente.

Los protocolos y guías deben utilizarse como herramientas de apoyo a la decisión, no como reglas de obligado cumplimiento. Por ello deberían ser adaptados a cada profesional, equipo, paciente y comunidad, y nunca lo contrario.

La agenda se potencia cuando se delegan responsabilidades. Los equipos deberían ser funcionales y cada profesional aceptar el máximo de responsabilidad de que sea capaz. Si algo puede ser hecho por un profesional, debería ser su responsabilidad hacerlo bien. Ello va desde el agente de salud y el administrativo al médico, farmacéutico y enfermera.

La enfermera puede trabajar en paralelo a la consulta del médico, en una consulta cercana, y con la misma agenda abierta (hasta el 70% del total de la presión asistencial calculada, de unas 25 consultas al día) que permite el trabajo inter-relacionado. En ese sentido es ideal una sala de espera única. Con esta organización, la enfermera puede terminar responsabilizándose de muchas consultas asistenciales previsibles y sin cita lo que mejora su prestigio, le permite "hacer manos", incrementa su autoestima, se centra en lo clínico y puede realizar labores de seguimiento de problemas de salud, al tiempo que disminuye sus tareas burocráticas^{xlviii}.

Los profesionales deberían ser conscientes de que su propio estilo de práctica es el que genera gran parte de la demanda, y por ello rellena la agenda. El objetivo debe ser no crear demanda innecesaria y ofrecer calidad con longitudinalidad. Así, por ejemplo, la toma de la muestra para citología de cuello de útero (Papanicolau) puede ser ocasión para una consulta integral de atención a la mujer, y no sólo en lo que respecta al campo genital y sexual. De la misma forma, la cura de la úlcera en el pie de un diabético es oportunidad única para ofrecer longitudinalidad, sea responsabilidad del médico, de la enfermera o de la auxiliar de clínica. La capacitación de los profesionales debe ser un proceso continuo que les permita enfrentarse a problemas cada vez más complejos. En eso ayuda un registro por problemas y la utilización del método SOAP (subjetivo, objetivo, valoración y plan de seguimiento) para la clínica y de la CIAP-2 para el registro.

El personal administrativo tiene un papel central en el manejo de la agenda. Por ejemplo, puede retrasar citas hasta 48 horas ante una agenda rebosante, o la contrario, añadir a un paciente con un problema agobiante como consulta rápida (y orientar al paciente sobre que será una consulta corta centrada en el problema principal). También puede desintoxicar al paciente hiperfrecuentador ofreciéndole en varios días cada vez más espaciados consultas rápidas a horas fijas. O puede agilizar y potenciar el acceso vía teléfono o correo electrónico. Se requiere flexibilidad e inteligencia pues no se trata de filtrar la demanda según gravedad sino de emplear el sentido común y el conocimiento de los pacientes. Así, por ejemplo, un paciente suele aceptar mejor una cita a 48 horas si llama por teléfono que se está presente en la recepción administrativa.

¿Qué hacer durante las horas que restan del día? Deberían ser empleadas en visitas domiciliarias y en consultas a distancia (teléfono, correo electrónico, etc). Estas pueden ser reactivas (a petición del paciente, por ejemplo para dudas, consejos, solicitud de resultados, etc) o proactivas (a iniciativa del médico, por ejemplo, para el seguimiento de un paciente con fiebre visto a domicilio el día anterior). Es un tiempo que también se puede dedicar a tareas administrativas, o a formación continuada en conjunto con los otros profesionales.

Por último, es importante que cualquier intento de cambio de la agenda, o de la organización general, para mejorar la atención de la demanda vaya precedido del análisis teórico general y aplicado a cada profesional en particular. El estilo de práctica hace que algunos sean poco resolutivos, excesivos (practicante de una medicina defensiva), pésimos comunicadores, dubitativos (inductores de demanda al citar en periodos breves para tener sensación de seguridad), por ejemplo, y tales problemas deberían corregirse en lo posible. También es importante tener en cuenta la estructura y composición de la población, así como sus hábitos de consulta; por ejemplo, la

presencia y composición de familias disfuncionales, las bolsas de población marginal, los ancianos recluidos en su domicilio, la presencia de problemas de salud mental por toxicomanías, etc. Por todo ello es fundamental que los cambios de agenda se hagan al más bajo nivel, para tener en cuenta cada problema local y del personal, y hay que evitar las directrices y organizaciones centralizadas y jerárquicas que pueden perturbar mucho sin ayudar nada.

En síntesis, es posible mantener una agenda abierta y en permanente renovación, con la flexibilidad que corresponde a la atención primaria. Es peculiar cada profesional y lista de pacientes, como lo es cada estación del año, con sus enfermedades y sus festividades. La agenda debería ser específica, pues, de cada profesional, geografía y momento, adaptada a las necesidades de pacientes y de comunidades. El formato final siempre será transitorio pues se ha de someter a los cambios que exige las mejoras de la accesibilidad.

- i Gervas J. Torcer al cuello. Mirar a los ojos. *Jano Humanidades*. 07 diciembre 2007. <http://chacodiapordia.com/noticia/15656/torcer-el-cuello%2C-mirar-a-los-ojos>
- ii Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades servicios y tecnología. Barcelona: Masson, S.A.; Fundació Jordi Gol i Gurina; *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria*; 2001.
- iii Gervas J, Pérez Fernández M. Propuesta práctica de renovación clínica en la consulta de Atención Primaria. En: Casajuana J, Gervas J. (directores). Madrid: Springer-Healthcare Ibérica; 2012. Págs. 31-50.
- iv Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;i:405-12.
- v Knight A, Lembke T. Appointment Zen. Shaping demand and matching capacity. *Aust Family Physician*. 2014; 43: 234-8.
- vi Gervas J. Información en Medicina General. *Rev San Hig Públ*. 1992; 66: 179-85.
- vii Casajuana Brunet J, Bellón Saameño JA. Gestión de la consulta em atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria: *conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. Elsevier: Madrid; 2003
- viii Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7:45-50.
- ix Murray M, Berwick DM. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *JAMA* 2003; 289:1035-1040
- x Peiró S. Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartidas y la atención centrada en el paciente. *SEMERGEN*. 2003;29:285-9.
- xi Córdoba G, Siersma V, López-Valcarcel B, Bjerrum L, Llor C, Aabenhuis R, Makela M. Prescribing style and variation in antibiotic prescriptions for sore throat: cross-sectional study across six countries. *BMC Family Practice* 2015, 16:7 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/7>
- xii Ruiz Téllez A. La O con un canuto. <https://rafabravo.wordpress.com/2015/01/13/la-o-con-un-canuto/>
- xiii Muris JWM, Starmans R, Fijten GH, Crebolder HFJM, Krebber TPWA, Knottnerus JA. Abdominal pain in general practice. *Fam Pract* 1993;10:387-400.
- xiv Neville R, Austin J. The King Canute GP appointment system. *BMJ*. 2014;349:g7228.
- xv Gervas J, Pérez Fernández M, Gutierrez Parres B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009; 41: 41-44.
- xvi Ruiz R, Parras JM, Alcalá JM, Castro E, Pérula LA. ¿Bienvenido y hasta luego, u hola y adiós? Conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de la entrevista. *Aten Primaria*. 2005;36:537-43.
- xvii Goginei K, Shuman KL, Chinn D, Gabbler NB, Emanuel EJ. Patient demands and requests for cancer tests and treatments. *JAMA Oncol*. 2015. doi:10.1001/jamaoncol.2014.197.
- xviii Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wilets M. The use of hospital emergency departments for non-urgent health problems: a national perspective. *Med Care Res Rev*. 1995;52:453-474.
- xix Gervas J. Tríptico. Información al paciente sobre su médico. <http://equipocesca.org/informacion-al-paciente-sobre-su-medico/>
- xx Han PK, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decision Making*. 2011;31:828-38.
- xxi Heath I. Role of fears in overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2014;349:g6123.
- xxii Pérez Fernández, M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(2): 65-7.
- xxiii Green C, Holden J. Diagnostic uncertainty in general practice. A unique opportunity for research?. *Eur J Gen Pract* 2003;9:13-15.
- xxiv Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Atención Primaria* 2005; 35: 95-8.
- xxv Torio J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. *AMF*. 2006;2:320-31.
- xxvi Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Pract* 1991;8:305-307
- xxvii Stanovich KE, West RF. Individual differences in reasoning: implications for the rationality debate. *Behavioral Brain Sciences*. 2000; 23: 645-65.
- xxviii Grol R, Whirfield M, Maeseneer JD, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1990;40:134-6.
- xxix Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *Lancet*. 1996;347:595-8.
- xxx Gervas J, Pérez Fernández M, Sánchez Sánchez R J. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26(Supl 1): 52-56.
- xxxi Gervas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2): 205-18.
- xxxii Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 97-102.
- xxxiii Swinglehurst D, Greenhalgh T, Roberts C. Computer templates in chronic disease management: ethnographic case study in general practice. *BMJ Open* 2012;2:e001754. doi:10.1136/bmjopen-2012-001754.
- xxxiv Smith R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics*. 1992 ;18:117-134.
- xxxv Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/ de familia. *Aten Primaria*

1995;16:501-506.

- ^{xxxvi} Starfield B, Gérvas J. Family Medicine should encourage its clinicians to subspecialize: negative position. En: Ideological debates in Family Medicine. Buetow SA, Kenealy TW (ed). New York: Nova Publishers; 2007. p 107-19.
- ^{xxxvii} Gérvas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. Br J Gen Pract. 2007; 57: 912-917.
- ^{xxxviii} Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA y Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Rev Esp Salud Pública 2007; 81: 589-596.
- ^{xxxix} Gérvas J, Serrano E. Valores clínicos prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia. En Expectativas y realidades en la atención primaria española. L Palomo (coordinador). Madrid: Fundación 1º Mayo-GPS Ediciones; 2010. p. 245-59.
- ^{xl} Gérvas J, Pérez Fernández M. Aguja de marear para técnicos de salud. Atención Primaria 2005; 36: 229.
- ^{xli} Rosemberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. Milbank Q. 2002;80:237-60.
- ^{xlii} Kroenke K. A practical and evidence-based approach to common symptoms. Ann Intern Med. 2014;161:579-86.
- ^{xliiii} Woolf SH, Kamerow DB. Testing for uncommon conditions. The heroic search for positive test results. Arch Intern Med. 1990;150:2451-8.
- ^{xliv} Lindley KJ, Glasser D, Milla P. Consumerism in healthcare can be detrimental to child health. Lessons from children with functional abdominal pain. Arch Dis Child. 2005;90:335-7.
- ^{xlv} xlv Pérez Fernández M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Texto de la presentación el 24 de junio de 2011, en el 11º Congreso de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria, Brasilia (Brasil).
- ^{xlvi} Gérvas J. La lista de problemas. De cómo el paciente es más que su enfermedad. Acta Sanitaria, El Mirador, 23 septiembre 2013. <http://www.actasanitaria.com/la-lista-de-problemas-de-como-el-paciente-es-mas-que-su-enfermedad/>
- ^{xlvii} Gusso G, Neto PP. Gestão da Clínica. En Gusso G, Lopes JMF. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 19, p.159-166.
- ^{xlviii} Mendes MA. Papel clínico do enfermeiro: desenvolvimento do conceito, 2010, Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.