

Nmurcia

## Medicina realista: ¿para qué están los médicos?

No gracias, 1 de febrero de 2016.

<http://www.nogracias.eu/2016/02/01/medicina-realista-para-que-estan-los-medicos/>

Las figuras del Chief Medical Officer (CMO) en Reino Unido o del General Surgeon en EE.UU son muy respetadas. Se trata de los principales consejeros profesionales en materia de atención sanitaria y salud pública de los políticos responsables de los departamentos de sanidad, y mantienen un bien ganado prestigio gracias a su independencia.

Sus funciones son: influir en la dirección de las políticas de salud y asistencia sanitaria mediante un asesoramiento clínico, fiable e independiente; ser portavoces de los profesionales sanitarios en el impulso de aquellas mejoras que garanticen una atención apta para afrontar los retos del futuro e inspirar a los jóvenes profesionales y estudiantes.

Periódicamente realizan informes que suelen tener gran repercusión profesional y ciudadana.

La Doctora Catherine Calderwood es la CMO escocesa desde febrero de 2015; ginecóloga y obstetra, acaba de presentar un sabroso primer informe anual titulado "Realistic Medicine", un llamamiento a la re-profesionalización de la medicina.

Las preguntas que trata de responder no son poco ambiciosas: ¿Cómo podemos reducir los daños que los pacientes experimentan debido al sobre-tratamiento? ¿Cómo podemos reducir la variabilidad injustificada de la práctica clínica? ¿Cómo podemos garantizar la eficiencia y evitar malgastar los fon-

dos públicos? ¿Cómo podemos hacer para que las decisiones clínicas sean compartidas y los resultados sean los que importan a las personas? ¿Cómo podemos trabajar para mejorar aún más la relación médico-paciente? ¿Cómo podemos garantizar la seguridad de los pacientes? ¿Cómo podemos liberar la creatividad de los profesionales para mejorar los resultados de sus actuaciones?

Destacamos los puntos que nos parecen más relevantes del Informe:

1- La **actuación profesional** es la única manera que existe de enfrentarse a los retos que suponen el envejecimiento de la población, la cronicidad y la inevitable necesidad de racionalizar los recursos

2- No se puede seguir con el **modelo de atención asistencialista** ("pacientes dependientes de una asistencia sanitaria controlada por los profesionales") sino que necesitamos avanzar en "**un modelo de atención... más centrado en los domicilios y comunidades... en el que pacientes empoderados tomen decisiones compartidas con los clínicos... y recuperen el control de su propia salud**".

3- Hay que **recuperar las señas de identidad del profesionalismo, la vocación y la compasión**: "La práctica de la medicina no es una ciencia pura. Es una disciplina que

## REALISTIC MEDICINE

CAN WE:



dos públicos? ¿Cómo podemos hacer para que las decisiones clínicas sean compartidas y los resultados sean los que importan a las personas? ¿Cómo podemos trabajar para mejorar aún más la relación médico-paciente? ¿Cómo podemos garantizar la seguridad de los pacientes? ¿Cómo podemos liberar la creatividad de los profesionales para mejorar los resultados de sus actuaciones?

debe tener las preocupaciones de la gente en su corazón y, por lo tanto, requiere de integridad, ética y conocimiento“.

4- Hace falta un **nuevo perfil de liderazgo clínico**, claramente **vinculado a la buena atención de los pacientes**, es decir, *“trabajar para buscar los mejores intereses de los pacientes y no la auto-promoción u objetivos profesionales individuales“*.

5- La **“medicina basada en le evidencia no sirve para los pacientes pluripatológicos y complejos** ya que suele conducir a un exceso de tratamientos y a polimedicación“.

6- **“Los médicos necesitan apoyo para no sentirse obligados a seguir los protocolos”** forzados por *“la presión de los compañeros, la demanda de los pacientes, la preocupación por los litigios o el imperativo tecnológico“*.

7- **Los médicos tienden a subestimar la frecuencia y el impacto de los efectos secundarios de los tratamientos e intervenciones sanitarias**. Por eso es necesario **“evitar una interpretación literal de los protocolos basados en la evidencia”** y *“utilizarlos de manera inteligente, pensado en los pacientes”* mediante un juicio clínico con **“una visión generalista”** donde la pregunta *“¿Qué le importa a usted?”* se convierta en el eje de la toma de decisiones compartidas. Esto es más importante si comprendemos y asumimos que entre 30 y el 45% de la atención médica no está basada en evidencias científicas.

8- **Los pacientes suelen elegir menor intensidad de tratamiento** que los médicos cuando se les ofrece información equilibrada sobre beneficios y riesgos potenciales. Generalmente, los médicos optan, de igual modo, por menos tratamiento para sí mismos de los que ofrecen a sus pacientes.

9- La **intensidad de la medicina moderna consume un exceso de recursos** que provocan que *“la sociedad sea menos capaz de progresar en mejoras de la pobreza, la educación, la vivienda o el medio ambiente con medidas sencillas y con menos efectos secundarios que producen beneficios significativos tanto en la calidad de vida como en la incidencia de enfermedades“*.

10- **Demasiada medicina es especialmente dañina al final de la vida**. Diversos estudios han mostrado una correlación inversa entre una buena muerte y los recursos utilizados: debe darse *“mucha mayor consideración al reconocimiento de las situaciones en las que la muerte es inevitable y enfatizar la comunicación con los pacientes y sus familiares con el fin de ayudarles a tomar las decisiones adecuadas“*.