

El despliegue de la función valor



Resumen: El autor propone un modelo docente para la medicina de familia orientado a los valores. Para ello resalta como guía dos valores inherentes a esta especialidad clínica y por este orden: el compromiso con la persona (desplegado a través del Método Clínico Centrado en el Paciente) y el compromiso con las personas -o compromiso social que dice el programa- (desarrollado a través de la Gestión Clínica Poblacional)

José Ramón Vázquez Díaz

Jefe de Estudios. Unidad de Atención Familiar y Comunitaria

?La Laguna-Tenerife Norte?

Si el nacimiento de un proyecto editorial es siempre un feliz acontecimiento, lo es mucho más ver cómo se fortalece su vínculo con el sector profesional al que va dirigido. Doctutor, en tan sólo cinco años, ha sido capaz de ocupar un lugar privilegiado en la educación médica y se ha convertido en el foro de los docentes y de los aprendices, pero también en el faro que orienta en la navegación por este complejo mundo de la capacitación de graduados y de la especialización en medicina.

La medicina de familia tiene mucho que aprender, pero también tiene cosas que aportar a la formación médica. Que la semFYC acoja esta empresa, se implique en ella y le inyecte energía, es la otra gran noticia del momento ya que, a través de la semFYC, es todo el colectivo de la medicina de familia española el que se pone al lado de los promotores e impulsores del proyecto, validando y apoyando su trabajo.

Es pues momento de regocijo pero no de autocomplacencia y por tanto puede ser esta una buena ocasión para revisar, desde la medicina de familia, cual es nuestra posición, tras un ya largo camino en la formación especializada, y trazar, o al menos imaginar, cual debería ser la ruta a seguir en los próximos años.

Formar más de mil quinientos especialistas cada año no es tarea fácil, es necesario un buen plan y una buena estructura, y ambas están. Han pasado diez años desde la publicación del actual programa de la especialidad, un programa que supuso un avance sustancial sobre el previo, no sólo porque ampliaba a cuatro años el periodo formativo, sino porque ponía en marcha una formación orientada a la adquisición de competencias, siendo pionero en la incorporación de este enfoque en la formación sanitaria especializada. Sin embargo, no nos resulta fácil hoy emitir un juicio sobre el resultado de esa compleja empresa y valorar en qué medida la medicina de familia lo está haciendo bien o regular y que cosas no acaba de lograr. Seguramente la situación es muy heterogénea, como lo es España en tantos otros aspectos, pero también es posible que se estén produciendo deficiencias o incluso omisiones formativas que supongan un, casi, común denominador del conjunto de las Unidades Docentes.

Si bien poner hoy en cuestión los avances logrados en estos años no sería justo, pero tampoco lo es apartar la mirada de aquello que tal vez no va tan bien.

La puesta en marcha del nuevo programa de la especialidad ha ?alineado? en torno a él varias centenas de centros docentes y varios miles de tutores e incorporando a la red asistencial a más de diez mil nuevos especialistas. Llegados a este punto, la pregunta que deberíamos hacernos no es ociosa: ¿Qué impacto está teniendo todo este despliegue en el sistema sanitario, en su efectividad y su eficiencia, en la relación entre sus niveles asistenciales, en su capacidad de respuesta a los nuevos retos y, por supuesto, en la salud

de los pacientes?

Es bueno hacerse preguntas, ya que actúan como semillas que al cabo del tiempo producen más semillas en una suerte de ciclo de fertilidad y renovación. Si nos fijamos en la atención a la persona podríamos hacernos preguntas para ver cómo el médico de familia despliega su compromiso con los pacientes y en qué medida se están expresando los atributos de dicho compromiso: ¿sé cómo se es accesible?, ¿soy accesible?, ¿sé cómo se da continuidad a los cuidados?, ¿doy esa continuidad?, ¿en alguna ocasión abandono a mis pacientes?, ¿cuándo no estoy, en realidad estoy?, ¿dejo organizadas las tareas y los registros?, ¿soy realmente "centrado"?, ¿muestro un interés genuino hacia las personas?, ¿sé cómo estar presente, -de esa manera de la que nos habla Ronald Epstein-?, ¿estoy realmente presente en esos momentos importantes en los que me pueden necesitar?, ¿establezco una buena "significativa- relación de ayuda?", ¿sé identificar los problemas de mis pacientes?, ¿y realmente lo hago?, ¿sé cómo resolverlos?, ¿y los resuelvo, -estableciendo una buena relación de ayuda-?, ¿me comporto realmente como un especialista?, ¿aplico los métodos de la especialidad?, ¿domino el método clínico centrado?, etc.

Si nos fijáramos en la población a la que se nos encarga cuidar, podríamos hacernos otro nuevo conjunto de preguntas: ¿Sé cómo conocer a una población "la población de una zona de salud o la de un cupo-?", ¿la conozco?, ¿cómo se benefician mis pacientes de ese conocimiento?, ¿he puesto en marcha medidas organizativas y de otra índole para preservar o recuperar la equidad?, ¿modulo mis esfuerzos asistenciales en función de las necesidades y expectativas de mis pacientes o son ellos con sus demandas los que organizan mi trabajo?, ¿evalúo mi práctica y actúo en función de los resultados?, etc.

Pero también podríamos hacernos preguntas relacionadas con la posición del médico de familia dentro del sistema: ¿cómo gestiono las entradas, en mi función de "gatekeeper"?, ¿cómo gestiono la relación con el segundo nivel asistencial?, ¿mantengo la relación de ayuda cuando mis pacientes son llevados por otros?...

Finalmente, puede resultar muy revelador comprobar cómo es considerado o valorado el médico de familia por otros especialistas y preguntarnos: ¿Qué valor ven en mí?, ¿me valoran o, quizás, me compadecen?, ¿tengo, como médico de familia, algo que ellos necesitan? La posición que ocupa en médico de familia dentro del conjunto de la profesión y las interacciones que establece con ella, son indicadores muy sensibles y potentes de que algo no marcha bien. Hemos de preguntarnos por qué el más empático y considerado de los especialistas, puede llegar a valorar bien el médico de familia e incluso a compadecerlo, pero nunca a necesitarlo. Pensemos que los especialistas del hospital no viven como un fracaso consultar a otro compañero, más aún, lo llevan a gala, a poco que en el paciente atisben algún problema alejado de su área de conocimiento. El médico de familia también interconsulta y cada día lo hace en una media de dos pacientes, aunque a veces lo haga con cierto remordimiento. Pero, ¿cuantas interconsultas recibe un médico de familia?, ¿dos al año?, ¿dos en toda su vida profesional? En realidad el resto de la profesión médica no encuentra en el médico de familia un valor que ella necesite, más allá del de proveedor de pacientes y ejecutor de sus directrices, hasta el punto que con frecuencia le reprochan severamente cuando se sale del guión.

Quienes llevamos años con responsabilidades docentes, en esta mirada alrededor, deberíamos preguntarnos en qué medida se están expresando en la práctica esos valores que establece el programa de la especialidad y que tenemos la responsabilidad de gestionar. Después de treinta y cinco años de especialidad sigue habiendo una potente realidad, parte de la cual hemos de ver como una anomalía, como indicador de que algunas cosas no marchan bien y de que tal vez desde la formación podemos y debemos contribuir a mejorar.

A punto de cumplir casi veinte años al cargo de una Unidad Docente, diez de ellos implementando el nuevo programa, hemos ido haciendo nuestra propia lectura inconformista de la realidad y creativa del programa, y construyendo un modelo explicativo y un despliegue que, sin cambiar el guión ni descuidar las competencias esenciales, ni el resto, sí modifica los acentos logrando sutiles pero interesantes cambios en la comprensión y el despliegue de todo el relato "del programa".

Sería el momento de atreverse a construir, partiendo de lo que ya tenemos, un modelo de formación orientado a los valores en el que éstos no sólo formen parte del prólogo del programa sino que impregnen su despliegue y su evaluación, ganando visibilidad en tanto que expresión en la práctica.

¿Cómo hacer esto? Seguro que hay varias formas de lograrlo, pero en otros ámbitos ya han sentido la misma necesidad y han ideado procedimientos metódicos para transformar en especificaciones de producto o de servicio los requerimientos o los valores de los clientes. Una de esas herramientas utilizada en el diseño de la calidad es la denominada "Quality Function Deployment"-QFD- que nos puede resultar inspiradora de cómo se podría iniciar ese camino para lograr una experiencia cotidiana del valor y que ésta sea visible, como tal, en nuestros procesos y métodos tutoriales y docentes. El QFD nos da un mensaje esperanzador: es posible transformar formulaciones, si acaso más abstractas "valores- en realidades concretas.

Nosotros creemos que en medicina de familia, inspirándonos en esa herramienta o sin hacerlo, deberíamos movernos hacia un mayor **"despliegue de la función valor"** en el que, partiendo de los valores ya identificados, transformemos, en una cascada virtuosa,

dichos valores en **?especificaciones del producto formativo?**, es decir, en diseño de los procesos docentes, en programaciones y metodologías docentes y, finalmente, en competencias que permitan a los residentes atrapar y expresar esos valores en su práctica como especialistas y ser capaces de ver y comprender dicha conexión.

En nuestra Unidad Docente no hemos sido capaces de asumir en un mismo plano de igualdad los cinco valores de la especialidad. Tenemos una escala de valores. En realidad, igual que en los mandamientos de Moisés, los hemos resumido en dos y por este orden: el compromiso con la persona y el compromiso con las personas -o compromiso social que dice el programa-. El compromiso con la persona se despliega a través del Método Clínico Centrado en el Paciente y toda su constelación de componentes, mientras que el compromiso social lo trabajamos a través de la Gestión Clínica Poblacional, que no sólo integra elementos de gestión sino también de medicina comunitaria, de trabajo en equipo y de los conceptos salutogénicos de resiliencia y sentido de coherencia. Tanto el Método Clínico Centrado en el Paciente como la Gestión Clínica Poblacional son lo que denominamos grandes ?agrupadores competenciales? y sirven para dar sentido y cauce de expresión, en términos de valor, al conjunto del mapa competencial.

Los otros tres valores, sin devaluarlos ni menospreciarlos, tienen en nuestra Unidad un sentido transversal y probablemente común a toda la profesión médica y no necesariamente sólo a la medicina de familia. Se despliegan también, pero para dar un soporte cualitativo a los dos primeros, que a nuestro juicio son los esenciales.

Creemos que las unidades docentes no sólo han de ser una especie de academias en las que se imparte un programa y se organizan y controlan unas rotaciones, sino que deberían ser la vanguardia en el desarrollo del conocimiento de la especialidad, en la creación de espacios de innovación y en el desarrollo de nuevas herramientas, técnicas, enfoques e incluso valores. Es posible que algunas estén en ese camino y también es probable que muchas no, y esto es un problema para el desarrollo de la especialidad y su capacidad de reacción, e incluso de anticipación, a las necesidades de la población y los retos asistenciales del presente y del futuro.