

6 minutos

6 minutes

Dr. Pablo R. Justich Zabala^a

RESUMEN

Existe, actualmente, una tendencia a reducir el tiempo de consulta. En algunas regiones de España, se fija en 6 minutos por paciente. Esto tiene impacto en varios planos: literal, en el que, muchas veces, es imposible realizar el acto médico; emocional, en el que se reduce la posibilidad de establecer una relación médico-paciente adecuada; y simbólico, en el que se señalan como prescindibles los aspectos principales de la atención humanizada. Esto ocurre en una sociedad que tiende a ver la atención médica como mercancía sujeta a reglas de mercado y que prioriza lo inmediato por sobre lo importante. Pacientes, médicos y responsables de gestión participan de este cambio que influye negativamente en la medicina actual. El aumento de exámenes complementarios innecesarios, tratamientos evitables, costos por iatrogenia, menor adhesión a tratamientos, reconsultas innecesarias son consecuencias observadas. En el caso de la pediatría, aumenta el riesgo de pérdida de oportunidades de pesquisa en áreas fundamentales.

Palabras clave: administración del tiempo, humanismo, gestión en salud, empatía.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e70>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.eng.e70>

Cómo citar: Justich Zabala PR. 6 minutos Arch Argent Pediatr 2018;116(1):e70-e74.

a. Hospital La Vega,
Murcia, España.

Correspondencia:
Dr. Pablo R. Justich
Zabala:
pablojustich@gmail.com

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 14-8-2017
Aceptado: 14-8-2017

El sistema de salud español puede presumir de ser de los mejores de la actualidad. Cobertura, financiamiento, organización y distribución de los niveles de atención, estrategias para su desarrollo, etc., deberían ser tomados en consideración cuando decidamos pensar seriamente en un nuevo modelo sanitario para nuestro país.¹ No obstante, y forzado por la crisis económica y social de los últimos años, se han planteado escenarios que merecen nuestra atención.

En varias comunidades autónomas se decidió disponer las citas de los pacientes en los centros de salud cada 6 minutos y, para los controles de salud, 30 minutos diarios para 2 o 3 revisiones (entre 10 y 15 minutos cada una). Asimismo, se intercalan entre estas citas aquellos pacientes considerados como demanda espontánea. A primera vista, se trata simplemente de ajustar las horas disponibles a la demanda directa de la población cubierta. Esto puede entenderse al observar el desplazamiento de recursos desde la atención primaria de la salud hacia otros sectores del sistema.² Además, debemos tomar esto como una declaración de principios por parte del modelo de gestión que busca imponerse a nivel internacional, tanto público como privado, y como tal lo analizaremos.

Comenzaremos el análisis en tres planos diferentes: literal, emocional y simbólico.

Literalmente, 6 minutos o menos por paciente

Cuando estudiábamos Medicina en la Universidad, nos enseñaron desde los primeros pasos que un acto médico bien entendido consistía en la armonía entre determinadas etapas o tiempos: inicio del vínculo, anamnesis detallada, exploración física completa (inspección, palpación, percusión y auscultación), elaboración de diagnósticos diferenciales, evaluación de la necesidad de estudios complementarios y, por último, definición del tratamiento propuesto (si lo hubiere) con la adecuada explicación al paciente para evacuar sus temores y dudas. Solo basta con leer lo mencionado para comprender que 6 minutos es un tiempo ajeno

a esa realidad. (Los aspectos vinculares los analizaremos en el siguiente plano). Lo concreto es que, si decidiésemos hacer un uso óptimo del tiempo para poder colaborar con el sistema de salud, nos forzarían a hacerlo a expensas de sacrificar calidad de atención, a veces, a niveles inaceptables. Tomemos el caso de la pediatría: la consulta se hace en conjunto con el paciente y sus cuidadores, a quienes debemos solicitar la información correspondiente, pedirles que le quiten la vestimenta para explorarlo (por ej.: pensemos lo que se demora en desvestir a un bebé en invierno), practicar una exploración completa, interrogar sobre el motivo de consulta y evolución del cuadro y sus antecedentes. En forma simultánea, activar los criterios de pesquisa propios del buen ejercicio de la pediatría. Proceder a la solicitud de exámenes complementarios cuando corresponda y, por último, explicarles al niño y a sus cuidadores las conclusiones de nuestra observación y los pasos por seguir.³

Es fácil suponer que, si realizamos estos pasos a conciencia, es prácticamente imposible cumplirlo en el tiempo pautado.⁴ ¿Cómo lo compensamos? Practicando lo que podríamos llamar “*medicina express*”: saludar, preguntar el motivo que lo trajo, explorar el aparato afectado rápidamente, prescribir exámenes complementarios ante la menor duda o instalar un tratamiento (muchas veces, sintomático) e invitarlo a salir de la consulta para evitar demoras e incumplimientos en la programación. Esto contradice el enfoque holístico al que debemos apuntar. Citando al considerado padre de la medicina moderna, el Dr. W. Osler, “los médicos buenos tratan las enfermedades, los médicos excelentes tratan a los pacientes que tienen enfermedades”.⁵

Plano emocional

El inicio del acto médico es cuando comienza a establecerse el vínculo y se producen los cimientos de la empatía. Buena parte de la credibilidad de nuestra palabra se basa en esta relación. Se conoce que hay una relación directa entre el tiempo de consulta y la calidad del vínculo con el paciente.⁶ La forma en que saludamos,⁷ escuchamos, respondemos y tomamos contacto constituye una construcción gestual sin la cual nuestros actos pierden valor. El paciente debe sentirse escuchado y comprendido para poder creer en lo que le digamos. Sentir que podemos poner “nuestros pies en sus zapatos”.⁸ En caso

contrario, sentirá que su asistencia a la consulta consiste en un simple intercambio de información o una técnica que bien podría hacer una máquina.

Se atribuye al Dr. Ramón Carrillo la frase: “Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad biológica, psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana”.

La confianza, elemento primordial de la relación médico-paciente, no puede construirse con estas reglas de juego y, por esta razón, surgirán consecuencias indeseables no solo a nivel individual, sino también a nivel macrosanitario. (Esto lo analizaremos en el apartado “Consecuencias...”).

Por último, la erosión o la falta de instalación de un vínculo estrecho minarán la adhesión a los tratamientos y facilitarán la despersonalización de la medicina. La atención médica se asimilará a una “mercancía” que la puede brindar cualquier médico disponible.⁹ El médico dejará de ser “mi” médico y el paciente dejará de ser “mi” paciente.

Plano simbólico

Los 6 minutos (o menos) es una declaración inequívoca: la medicina debe despojarse de su componente humanístico y convertirse en una técnica, basada en prácticas “eficientes”. No importa tanto “cómo” se hace, sino en “cuánto tiempo” lo hago.¹⁰ Para el paciente, este plano simbólico también es trascendente, ya que lo sitúa en un lugar de consumidor de un servicio acotado y equiparado en todas sus circunstancias y dolencias a un formato rígido e impersonal. Pronto las leyes de “mercado” se impondrán por sobre los principios hipocráticos. Esto también está sustentado en el “endiosamiento” de la tecnología en detrimento de la consulta tradicional como principal herramienta médica.^{11,12}

El gestor asume que esta “*medicina express*” es la respuesta más idónea a las demandas de los “clientes” del sistema de salud. Considera que lo vincular, lo gestual, lo que exceda puntualmente al motivo de consulta es oneroso y evitable.

Contexto en el que ocurre esta modalidad *express*

La grave restricción del tiempo de consulta podría entenderse en situaciones especiales: catástrofes, guerras, campamentos de evacuados, regiones desoladas sin recursos sanitarios, etc. Que esto ocurra en países de alto grado de desarrollo económico y social con economías ubicadas entre las primeras en el *ranking* de

riqueza y con más de un cuarto de siglo de hegemonía del neoliberalismo no puede ser tomado como algo accidental. Parece ser más bien un objetivo en sí mismo.

Para que esta situación ocurra y perdure, debe haber complicidad de diferentes estamentos de la sociedad.

Los pacientes son parte de una sociedad en la que el consumo se ha convertido en un fin en sí mismo y se ha aceptado que los actos médicos puedan asimilarse a “bienes y servicios de consumo”. A esto debemos sumarle otro fenómeno cultural de esta nueva era: la sociedad de la inmediatez.¹³ Hemos perdido la capacidad de tolerar la espera y privilegiamos lo inmediato por sobre lo que, a veces, puede ser mejor. Las nuevas tecnologías, internet, los medios de comunicación, etc., nos brindan respuestas al instante y, por ello, reclamamos que los servicios sean lo más rápidos posible (ya sea comprar un televisor, pintar una pared o atender una dolencia, aguda o crónica, grave o banal).

Por una parte, los médicos, a veces, nos comportamos como cómplices de esta realidad y, por otra, somos sujetos (o víctimas) de nuevas relaciones laborales en las cuales el acto médico cambia su eje hacia consignas como eficiencia, costos, salarios, modalidad de contratación, precariedad laboral, condiciones de trabajo precarias, etc. Estas cuestiones modifican el prisma con el que miramos a los pacientes y también con el que ellos nos ven.¹⁴ Cuando dejamos de entender que el paciente es nuestra razón de ser y cuando el paciente deja de vernos como su amigo y protector, hablamos de una relación que no debería llamarse en todo sentido médico-paciente.

Los modelos actuales de gestión sanitaria y de recursos humanos juegan un papel fundamental. Los 6 minutos no son fruto de un capricho, de una tentativa empírica o del azar. Es un número obtenido mediante una interpretación mecánica de una realidad vista a través de un *software* específico (muchas veces, tomado de la industria y modificado). Las interpretaciones numéricas reduccionistas de realidades complejas en el plano sanitario pueden convertirse en un grosero sesgo de la sanidad de esta época y sus consecuencias sanitarias pueden resultar escandalosas en términos de salud pública.^{15,16} Todo esto se contrapone con los modelos de “gestión centrada en el paciente”, que debieran ser la evolución natural de la organización sanitaria.¹⁷

La medicina humanizada y muchos de los

modelos actuales de gestión parecen tomar rumbos divergentes y, en muchos casos, antagónicos. Esto es insostenible en el tiempo y, de no mediar un cambio contracultural, las consecuencias sanitarias pueden resultar imprevisibles.

Consecuencias principales de este modelo

Desde lo humano, la imposibilidad de establecer una buena relación médico-paciente no dificulta la buena práctica de la medicina, sino, más bien, la invalida. Sin relación, no hay arte posible y solo podremos aspirar a la práctica de un sucedáneo de la medicina de muy mala calidad. Esto conduce a resultados ominosos tanto a nivel individual como colectivo y lleva a la práctica médica habitual a un lugar degradado.

En la labor cotidiana, observamos la aparición de situaciones indeseables: la falta de tiempo induce a la prescripción excesiva de exámenes complementarios. La falta de “pausa reflexiva” imprescindible para el adecuado pensamiento médico reduce las posibilidades de realizar un diagnóstico correcto.¹⁸ Esto surgiría como respuesta a la inseguridad que brinda el apuro en la observación y también a la desconfianza del paciente ante la despersonalización del acto. Ello genera, a su vez, una nueva situación en la cual se establece una dependencia de técnicas económicamente costosas, no siempre exentas de efectos adversos y con resultados que pueden inducir a errores diagnósticos (por sus niveles de sensibilidad y especificidad). A veces, se distorsiona el concepto: los exámenes complementarios apoyan o descartan una presunción, pero no son un instrumento para generar diagnósticos.

Además, tanto por las inseguridades generadas por la falta de tiempo como por el reclamo de una sociedad estimulada para el consumo y las respuestas tangibles, observamos un aumento marcado en la prescripción de tratamientos empíricos, muchos de ellos, puramente sintomáticos,¹⁹ o bien la utilización inadecuada de medicación no sintomática, que, muchas veces, podrían ser evitados mediante una adecuada comunicación y una confianza recíproca.^{20,21}

Por último, observamos una marcada tendencia a la reconsulta, ya sea por no haber recibido la contención y respuesta necesaria como por la búsqueda de segundas y terceras opiniones ante patologías, muchas veces, banales, causada por la falta de apego con el profesional

tratante. La adherencia al tratamiento guarda proporcionalidad con la calidad del acto médico.²²

Todo esto, exámenes complementarios innecesarios, tratamientos evitables, costos por iatrogenia²³ y elevada tasa de reconsultas sin un fundamento estricto, produce un marcado aumento del gasto sanitario, con un desplazamiento de los recursos económicos hacia las tecnologías, la industria tecnosanitaria, hacia hipertrofiadas estructuras de gestión y en detrimento de las horas médicas destinadas a la consulta directa. Esto genera un círculo vicioso en el cual la siguiente variable de ajuste bien podría ser una mayor reducción del tiempo de consulta...

Merece una consideración especial la situación de la pediatría. La reducción del tiempo de consulta responde en forma inversamente proporcional a las llamadas “oportunidades perdidas”.²⁴ El estado de las inmunizaciones,²⁵ la detección temprana de patología neurosensorial y del desarrollo,²⁶ la docencia en prevención de accidentes, la detección de signos de malos tratos o de abuso infantil^{27,28} son algunas de las oportunidades que perdemos para actuar y que, en algunos casos, podrían ser la última. Basta repasar la lista anterior para reconocer el impacto que tienen estas acciones sobre la morbilidad y mortalidad infantil y sobre las condiciones de vida de su futura vida adulta.²⁹ Todo esto no puede estar representado en un número o un indicador de eficiencia. Tampoco en 6 minutos.

Esta otra reflexión de William Osler puede tener más de 100 años: “Escuchen a sus pacientes, les estarán diciendo su diagnóstico”. Su vigencia en la actualidad es incuestionable.

El propósito de este análisis es generar un marco de reflexión que permita debatir sobre los límites de la consulta médica. Nuestra obligación como profesionales es revertir esta tendencia. Esta es también nuestra declaración de principios. ■

Nota del autor

En el tiempo que lleva leer este artículo, se deberían haber visto entre 2 y 3 pacientes.

Agradecimiento

A la Dra. Estela Zappulla, que marcó a fuego, en varias generaciones de pediatras, la importancia de que el niño sea nuestro más preciado tesoro y la ética sea nuestra guía fundamental. Al Dr. Pascual Parrilla, quien me permitió renacer como persona y como médico, enseñándome que la humanidad es el centro de la medicina.

REFERENCIAS

1. España. Jefatura de Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *BOE* 2003;128. [Acceso: 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>.
2. Miñana JS. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, *Cenicenta del Sistema Nacional de Salud. Aten Primaria* 2007;39(3):127-32.
3. Ripoli M. El tiempo de la consulta: los médicos siempre apurados. En 1.º Encuentro Nacional de Humanismo en Medicina. 25-27 de abril de 2013. Buenos Aires: Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Dr. Carlos A. Gianantonio”; 2013. [Acceso: 10 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2013/humanismo/presentaciones/ripoli_tiempo.pdf.
4. Ceriani Cernadas JM. El desafío de mejorar la atención ambulatoria en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2015; 113(5):386-7.
5. Young P, Finn BC, Bruetman JE, et al. William Osler: El hombre y sus descripciones. *Rev Med Chile* 2012;140(9): 1218-27.
6. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Med Chile* 2013;141(3):361-6.
7. Eymann A, Ortolani M, Moro G, et al. Modalidades de salud preferidas por los pacientes en la consulta pediátrica ambulatoria. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(1):14-7.
8. Pradines P. Humanismo y rigurosidad científica: gemelos separados al nacer. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(6):486-7.
9. Justich P. ¿Medicina basada en el mercado o medicina basada en el paciente? *Arch Argent Pediatr* 2015;113(2):146-53.
10. Ceriani Cernadas JM. ¿Podemos revertir el deterioro de la relación médico-paciente? *Arch Argent Pediatr* 2016;114(4):290-1.
11. Ceriani Cernadas JM. La práctica médica en la era tecnológica. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(2):106-7.
12. Ceriani Cernadas JM. La tecnología médica como objeto de la ética. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(4):298-9.
13. Blumenfarb L. Proceso psicoanalítico vs. La cultura de la Inmediatez. [Acceso: 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=33782>.
14. Pedicino H. Ser médico, ser humano. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(6):502-7.
15. Amaro Cano MC. Gestión administrativa en medicina familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(4). [Acceso: 10 de agosto de 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400008&lng=es.
16. Martín-García M, Sánchez-Bayle M. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. *Gac Sanit* 2004;18(4):96-101.
17. Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(1):55-8.
18. Ceriani Cernadas JM. Errores de diagnóstico en la práctica médica. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(3):194-5.
19. García Mozo R, Alonso Álvarez A. Tratamiento sintomático de síntomas frecuentes en Pediatría. *Bol Pediatr* 2006;46(Suppl 2):321-6.
20. Ceriani Cernadas JM. La indicación inadecuada e innecesaria de antibióticos: un problema creciente. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(1):2-3.
21. Ceriani Cernadas JM. Los perjuicios a corto y largo plazo de la inadecuada indicación de antibióticos en la infancia y adolescencia. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(4):306-7.

22. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *RCSP* 2006;32(3). [Acceso: 13 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864013>.
23. Lejarraga H. Reflexiones sobre iatrogenia en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 1992;90(5):291-8.
24. Ruiz Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003;32(10):594-602.
25. Gentile Á, Bakir J, Firpo V, et al. Esquemas atrasados de vacunación y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 24 meses: estudio multicéntrico. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(3):219-25.
26. Pascucci MC, Lejarraga H, Kelmansky D, et al. Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años. *Arch Arg Pediatr* 2002;100(5):374-85.
27. Santibáñez R. Resultados de un programa de intervención educativa de autocontrol y desarrollo moral aplicado a menores de protección. *Infanc Aprendiz* 2000;23(92):85-107.
28. Comité de Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría. Grupo de trabajo sobre Violencia Familiar. Que hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. *Arch Argent Pediatr* 2007;105(4):357-67.
29. Cabana J. El pediatra y la salud de las próximas generaciones: responsabilidades conjuntas y un desafío común. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(3):194-5.