



## ACTO MÉDICO Y PROCESO ASISTENCIAL

MEDICAL ACT AND HEALTHCARE PROCESS  
ATOS MÉDICOS E PROCESSO DE ASSISTÊNCIA

Álvaro Sanz<sup>1</sup>, María Luisa del Valle<sup>2</sup>, Paula Santos<sup>1</sup>

### RESUMEN

En la atención a los pacientes es posible distinguir entre el acto médico y el proceso asistencial. El acto médico expresa la actividad propia del profesional médico-guía por la *lex artis*. El concepto de proceso asistencial abarca las actividades y los procedimientos, de ordinario predefinidos, ordenados y estructurados, que los profesionales de la salud llevan a cabo para atender a un paciente. La Medicina del acto estaría centrada en la actividad de un profesional capacitado que lleva a cabo o interpreta una técnica o realiza una valoración clínica específica limitada en el tiempo. La Medicina del proceso, sin embargo, se articularía y se proyectaría en el tiempo de modo que integrara actos médicos, casi siempre sucesivos, que dependen y se condicionan entre sí. En un escenario así se puede correr el riesgo de que se pueda entender que hay clases dentro de la Medicina: los profesionales especializados en actos médicos, de perfil más técnico formarían un estamento superior, menos cercano al paciente, mientras que los profesionales comprometidos con la atención continuada y el seguimiento serían los encargados de la gestión del paciente, la información y, en general, de las labores que pueden parecer de menor categoría o menos relevantes y que tienden a generar un mayor desgaste personal. Para evitar esta polarización es preciso fortalecer la coordinación entre especialistas y niveles asistenciales y dignificar de nuevo el compromiso en el proceso asistencial del paciente, que hilvana el trabajo de los demás profesionales y que mantiene una relación humana de cercanía con el paciente.

**Palabras claves:** Acto médico, proceso asistencial, bioética.

<sup>1</sup> Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España

<sup>2</sup> Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Correspondencia: Álvaro Sanz Rubiales. Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega, Calle Dulzaina 1 47012 Valladolid, España. Profesor Asociado de la Universidad de Valladolid, Comisión de Bioética de Castilla y León. Teléfono: (34)983420400 E-mail: asrubiales@hotmail.com



## ABSTRACT

In patient care, it is possible to distinguish between medical act and healthcare process. The medical act expresses the activity of the medical professional, guided by good practice. The concept of the healthcare process encompasses the activities and procedures, usually predefined, ordered, and structured, that healthcare professionals carry out to care for a patient. Act-based medicine would focus on the activity of a trained professional who performs or interprets a technique or makes a specific clinical assessment, limited in time and with a more technical profile. Process-based medicine, however, would be structured and projected over time to integrate medical acts, almost always successive, that depend on and condition each other. In such a scenario, there is a risk of the emergence of classes within medicine: professionals specialized in medical procedures, with a more technical profile, would form a higher echelon, less close to the patient, while professionals committed to ongoing care and follow-up would be responsible for patient management, information, and, in general, tasks that may seem auxiliary or secondary, which can entail greater personal strain. To avoid this polarization, it is necessary to strengthen coordination between specialists and levels of care and to promote dignity to the medical component of the patient care process, which connects the work of the other professionals and maintains a close, human relationship with the patient.

**Keywords:** Medical act, healthcare process, bioethics.

## INTRODUCCIÓN

Estamos acostumbrados a hablar por una parte de actos médicos y por otra de procesos asistenciales sin que estos dos conceptos se encuadren en un mismo escenario. Los actos médicos serían las situaciones específicas de atención a los pacientes mientras que los procesos asistenciales se identificarían con las *hojas de ruta* que marcan la logística y la gestión que subyacen a esta atención. La práctica de la Medicina se desglosa en actos protagonizados por diversos profesionales de modo que estos actos se puedan hilvanar -en la mayor parte de los casos- dentro de procesos asistenciales. En cierto modo esta reciprocidad entre acto y proceso se puede entender como un reflejo de la doble tendencia de la Medicina que lleva por una parte



a atomizar y especializar la actividad y, por otra, a integrarla de nuevo. La necesidad de especialización e incluso de superespecialización es una respuesta a una necesidad. Sin embargo, una visión atomizada hace que se pierda la perspectiva global de las enfermedades y que “el todo es más que la mera suma de las partes”. Desde esta perspectiva, acto médico y proceso asistencial no serían dos fenómenos diferenciados e independientes, sino que guardarían una relación intrínseca: el proceso necesita los actos sucesivos que lo integran y los actos aislados ganan sentido cuando se integran en procesos.

### **ACTO MÉDICO Y PROCESO ASISTENCIAL**

De acuerdo con el Código de Deontología en vigor en España, por *acto médico* se entiende “toda actividad lícita y guiada por la *lex artis ad hoc* desarrollada por un profesional médico legítimamente capacitado, ya sea en su ámbito asistencial, docente, investigador, pericial, de actividad evaluadora, inspectora, de planificación, gestión sanitaria u otros. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como de la preservación, promoción y prevención de la salud, por medios directos e indirectos”<sup>1</sup>. El concepto incluye las actividades que se adaptan a un criterio de buena práctica o que, al menos, no se apartan intencionalmente de ella, sin que sea necesario precisar su duración ni su complejidad. Tampoco hace referencia a la capacitación necesaria ni a la necesidad o conveniencia de consentimiento o aprobación por parte del paciente, si es que el acto le repercute directamente, ni a la posible responsabilidad, también legal, que se asume. Conforme a esta definición, los actos médicos se podrían dividir en dos grandes subgrupos. Por una parte, estarían los actos asistenciales (que son los que solemos entender como “actos médicos”), que tienen como objetivo directo el enfermo y su bien y que pueden llevarse a cabo tanto de manera presencial como virtual, es decir, bien vía telemática o bien sobre ese “avatar” del enfermo que son sus datos de la historia clínica). Y por otra parte se encontrarían los actos no asistenciales, que abarcarían los demás perfiles de la actividad del médico: docente, investigador, pericial, evaluador, de inspección, gestor, de planificación... En todo caso, a pesar de las



limitaciones, esta definición, puede ser útil para expresar lo que es un acto médico y para poder diferenciarlo del proceso asistencial.

Por proceso asistencial se puede entender el conjunto de actividades y de procedimientos, de ordinario predefinidos, programados, ordenados y estructurados, que los profesionales de la salud llevan a cabo para proporcionar atención médica a un paciente desde su entrada en el sistema hasta la posible resolución o control de su problema. Dentro de los procesos asistenciales puede haber procesos puramente administrativos (compuestos por una sucesión de actos de gestión), procesos clínicos (de actos médicos) y procesos mixtos (con componente clínico y de gestión). Este proceso prospectivo -algo diferente de lo que se entiende como “protocolo” asistencial- no se debería reducir a una mera sucesión de actos médicos ya que es preciso que haya un hilo conductor, un orden lógico y un objetivo último común a todos ellos. Se podría decir que el acto médico que se integra dentro de un proceso asistencial “no se cierra”: la propia continuidad secuencial con otros actos hace que quede abierto y que se continúe con otros actos. Con una intención meramente didáctica se podría indicar que, mientras que es fácil de entender que las situaciones agudas se afrontan mediante actos médicos en un tiempo concreto, los procesos crónicos requieren un proceso asistencial que se proyecte en el tiempo.

Para que se pueda definir un proceso asistencial no es imprescindible que incluya todos los pasos que integran la atención a una enfermedad desde el diagnóstico (con la estimación pronóstica), al tratamiento y luego el seguimiento. Cada uno de estos apartados es susceptible de integrar él mismo un proceso asistencial específico: puede haber procesos asistenciales diagnósticos, procesos asistenciales terapéuticos (como puede ser todo lo que supone una intervención quirúrgica desde su programación a la atención del postoperatorio) o procesos asistenciales centrados en el seguimiento del paciente. Un proceso asistencial combina actos médicos diferenciados, en cada uno de los cuales se emplean unos medios concretos y se plantea un objetivo determinado. Se pueden entender como procesos asistenciales los ingresos hospitalarios, la sistemática para confirmar o descartar un diagnóstico, una intervención quirúrgica (desde la



planificación al alta) o el seguimiento de una patología crónica en consultas de una especialidad o de la atención primaria. De modo que son innumerables las posibilidades y los tipos de proceso asistencial. De hecho, hay procesos asistenciales propios de enfermos, incluso uno para cada tipo de enfermedad y para cada estadio o complicación, y también procesos asistenciales específicos del sano.

Se puede dar la impresión de que los gestores se han apropiado del concepto de proceso asistencial y que solo se emplea para coordinar niveles asistenciales, es decir, la atención primaria y la especializada hospitalaria<sup>2</sup>. De hecho, es frecuente que cuando aparece este término, “proceso asistencial”, a veces con el apellido de integral (*proceso asistencial integral*; PAI)<sup>3</sup>, se emplee para hacer referencia a la logística y a la parte técnica de la organización de la asistencia y que se represente como un algoritmo con casillas, flechas, nombres y siglas. Aunque la parte que concreta la gestión propia del proceso (citaciones, fechas, profesionales, técnicas y resultados, entre otros), pueda ser muy importante, reducir el proceso asistencial a su parte organizativa llevaría a minimizar el perfil clínico y a dar una imagen sesgada del proceso asistencial.

## LA MEDICINA EL ACTO Y LA MEDICINA DEL PROCESO

Igual que se distinguen el acto médico y el proceso asistencial, sería posible distinguir dos perfiles diferentes de la Medicina, uno basado el acto médico y otro en el proceso asistencial. La Medicina del acto médico se podría presentar como una Medicina de perfil más técnico y de compromiso *a corto plazo* en que se actúa y “se concluye”. Un profesional capacitado realiza o interpreta una técnica (endoscópica, quirúrgica), un estudio de imagen, una valoración clínica específica... y tras ello el acto se cierra y, con él, el compromiso asistencial. El acto médico se centra en el “ahora” del paciente. Aunque este acto médico no excluye la relación directa y personal entre médico y paciente, la posibilidad de este trato personal suele estar mediatizada y limitada por las características del contacto humano, el tiempo que se deba emplear y de la técnica que se pueda llevar a cabo (una imagen radiológica, un campo quirúrgico, una sonda, una pantalla...).



Los medios diagnósticos y terapéuticos que requieren la intervención -limitada en el tiempo y a veces también en el espacio- de otros especialistas con una capacitación específica como los estudios de imagen, los distintos tipos de endoscopias (digestiva, respiratoria, urológica...), las técnicas de control y de registro complejas (electroencefalograma, monitorización de constantes en el quirófano o en cuidados intensivos...) suelen ser actos médicos integrados en un proceso asistencial. Como efecto de la tecnificación de la Medicina, es de esperar que siga creciendo el número de los actos médicos que se pueden integrar en un proceso. Los especialistas que llevan a cabo estos actos, que necesariamente asumen una responsabilidad en la atención del enfermo, no están implicados directamente en la gestión y en los resultados últimos de este proceso en sí, aunque es evidente que su actuación influye de una manera muy relevante en estos resultados.

A diferencia de la Medicina del acto médico, la Medicina del proceso asistencial -que integra actos médicos, casi siempre sucesivos, que dependen y se condicionan entre sí- se articula y se proyecta en el tiempo; en cada paciente hay un “pasado” y un “futuro” que están incluidos en ese proceso. En este proceso se pueden coordinar niveles de atención sanitaria diferentes para definir rutas asistenciales, profesionales de enlace o protocolos compartidos. Para conseguir que esta integración resulte natural y eficiente el elemento esencial es la comunicación<sup>4</sup> y, si fuera posible un ambiente de confianza entre los profesionales implicados. Sin esta comunicación no puede haber realmente proceso asistencial ya que se limitaría a una mera sucesión de actos médicos.

Mientras algunos profesionales limitan su actividad al acto médico, la de otros abarca procesos que se proyectan en el tiempo. Aunque puede haber procesos asistenciales en los que solo intervenga un profesional, el que interactúa con el paciente, lo normal es que en la sucesión de actos médicos participe una diversidad de profesionales. Esto hace que en el proceso asistencial se entienda la necesidad y adquiera una relevancia mayor el concepto y la figura del “médico de referencia”. La sucesión de actos requiere de un profesional que coordine, que tenga conciencia del *mapa* y de la *hoja de ruta* de este proceso y que también facilite –en la continuidad de la atención- una información global



al paciente y a los familiares y/o cuidadores a lo largo de los diferentes pasos del proceso asistencial.

Cualquier acto médico repetido corre el riesgo de convertirse en rutina. Y es en esta rutina donde es más fácil que la asistencia se despersonalice. El proceso asistencial no es inmune a este riesgo ya que puede entrar en una dinámica de apatía que lleve a que la sistemática y la gestión se sitúen por encima del bien del paciente o a que la atención compartida entre varios profesionales diluya la responsabilidad y el compromiso<sup>5</sup>. Y, junto con el riesgo de la rutina, se encuentra el posible desgaste debido a la responsabilidad continuada que supone coordinar un proceso que integra, por una parte, el trato y la relación con otros profesionales (con grados diferentes de compromiso) y con gestores y, por otra, la necesidad de estar de continuo “en primera línea” de la relación humana con el paciente y su entorno, con lo que supone de dar información, de malas noticias y de tener que afrontar expectativas que, en más de una ocasión, puede no estar en su mano cumplir.

### **¿EL ACTO DESVINCULADO DEL PROCESO?**

Aunque resulte paradójico, no todo acto se integra realmente en un proceso. La mera secuencialidad temporal no justifica esta integración: puede haber actos realizados en un mismo paciente que están referidos a procesos diferentes e incluso contrapuestos. En esta línea de distinción entre proceso y acto puede ser útil el ejemplo de la atención al enfermo terminal.

En España la eutanasia se presenta como un acto con el que culmina un proceso administrativo y legal complejo y limitado en el tiempo que se caracteriza por el garantismo procesal. La atención de cuidados paliativos, por contraste, es un proceso de atención y de acompañamiento que se proyecta en el tiempo<sup>6</sup>. Como acto, la eutanasia no se encuentra integrada en el proceso asistencial de cuidados paliativos. Desde la perspectiva del proceso médico y asistencial propio de los cuidados paliativos la eutanasia es un acto que se puede entender como algo marginal y, sobre todo,



diferente en sus fines y en sus medios. No solo no forma parte de este proceso, sino que se podría decir que lo corta de manera abrupta para introducir unos medios y unos fines diferentes. En esta línea, aunque pueda darse en ocasiones una coincidencia en el tiempo dentro de la evolución clínica del paciente, los cuidados paliativos -como manera de entender la asistencia al enfermo avanzado y como proceso- y la eutanasia -como actitud ante el final de la vida y como acto- “no hacen buen maridaje”<sup>7</sup> y tampoco se puede decir que se integren en un mismo proceso asistencial.

### **BUENA PRÁCTICA EN EL PROCESO ASISTENCIAL**

El proceso asistencial es un medio, es decir, un instrumento, no un fin. Este proceso asistencial es un camino práctico y accesible para afrontar una situación clínica, administrativa o mixta diseñado para ayudar a alcanzar el objetivo, que es el bien del paciente. Pero en Medicina corremos el riesgo de convertir los medios en fines y los procesos y protocolos en sistemas rígidos, a veces casi “mágicos”, por la manera en que aparentan garantizar resultados, y que es imprescindible cumplir para poder decir que las cosas se hacen bien. Por este motivo, es bueno recordar que la finalidad del proceso no es el mero cumplimiento estricto de una hoja de ruta conforme a una práctica estandarizada. El paciente, por tanto, no puede quedar prisionero del proceso<sup>8</sup> y, por tanto, no se debería coartar la libertad del médico (de acuerdo con el paciente) y/o del propio paciente para poder consultar con otros especialistas o para buscar otras vías al margen del diseño original del proceso.

El proceso asistencial, en parte por la posible influencia del componente administrativo, burocrático o de gestión, se puede entender como algo más despersonalizado que el acto médico y, a la vez, como algo que corresponde más al “sistema” que a un profesional en concreto. En todo caso, es posible hablar de una buena práctica del profesional no solo del acto médico sino también del proceso asistencial, una buena práctica que afecta tanto al cumplimiento formal como a cuestiones de compromiso y de relación. Esta buena práctica no solo supone “cumplir” sino que exige una implicación y una buena coordinación de la gestión como de la



asistencia que tenga como referencia siempre antes el bien del paciente que el sistema a los diferentes profesionales que participan.

La falta de actitud de compromiso –con el paciente y con los colegas- puede tener consecuencias. Una de ellas es la propia atención al paciente, que puede ser deficitaria ya que la continuidad de la atención bien gestionada beneficia a los enfermos. La otra son los demás compañeros que integran su actividad en el mismo proceso. No solo el acto médico concreto sino todo el proceso asistencial presupone el compromiso del profesional. En el acto médico el compromiso suele ser inmediato y limitado al propio acto, *in actu*. En el proceso asistencial el compromiso se extiende en el tiempo. La falta de compromiso durante el proceso se puede manifestar como dejadez e indiferencia hacia los demás compañeros que pueden verse con muchas dificultades para llevar a cabo su labor o, incluso, en ocasiones tienen que sufrir las carencias de los que han participado en fases previas del proceso<sup>9</sup>.

Mientras que el acto médico suele ser reactivo a la situación del paciente, del proceso asistencial y de la actitud del médico que asume el seguimiento de este proceso se espera una actitud proactiva, es decir, que tome el control de una manera voluntaria y eficaz y que decida qué y cómo hacer en cada momento, anticipándose a los acontecimientos. Esto lleva a que actúe no solo como respuesta a un cambio en la situación del paciente sino incluso antes de que aparezcan estos cambios, previéndolos, lo que exige que la mirada y el plan estén centrados no solo en el momento presente sino también en el futuro.

En la coordinación entre acto y proceso se encuentra el problema de la obtención del consentimiento informado en procesos compartidos o interdisciplinarios. En estos casos, el profesional que gestiona el proceso solicita algún tipo de técnica o procedimiento que debería realizar otro especialista<sup>10</sup>. En una situación así, el médico que lleva a cabo la técnica es además el que conoce mejor en qué consiste y es el que tiene experiencia en la detección y el manejo de posibles consecuencias y complicaciones. Por este motivo, es el que debería informar sobre en qué consiste y cómo se lleva a cabo el procedimiento y sobre sus perfiles específicos. Y, por ello, es a él a quien le corresponde obtener el



oportuno consentimiento informado específico referido a la técnica y sus riesgos. Pero el médico responsable del proceso, que ha tomado la iniciativa de solicitar esta técnica, tiene también la obligación de aportar una información centrada sobre todo en el motivo de la indicación en el paciente en concreto y en los objetivos que se pretenden obtener. Esta información debería incluir también una descripción somera de la técnica que permita que el paciente pueda hacerse una idea preliminar de qué es lo que se pretende y por qué. Con estos datos se podría obtener un *consentimiento previo*, entendido como una aceptación básica o, al menos, una ausencia de rechazo a la técnica por parte del paciente. Este “preconsentimiento” podría necesitar un documento de consentimiento informado (integrado o no en el de la técnica específica) o bien de una reseña en la historia clínica que incluyera la información aportada y la aceptación o el asentimiento por parte del paciente.

## MEDICINA TÉCNICA Y MEDICINA HUMANA

En la Medicina del proceso, al médico que le corresponde la gestión y la información de la situación “de fondo” debe afrontar las expectativas globales e incluso las decepciones sobre una parte de los actos médicos que lo integran. Y le corresponde asimismo el manejo de las expectativas del paciente y el seguimiento que supone no solo actuar en función de lo que va sucediendo en la historia natural de la enfermedad sino ser capaz de “adelantarse” a las incidencias. Su rol no es solo el de informar sino el de “dar la cara” que va más allá del responder de los propios actos y afrontar sus consecuencias y que supone *adoptar una actitud comprometida y valiente, mientras otros se inhiben*. Es de este perfil de médico del que es más probable esperar una actitud más empática y paternalista o, al menos, una apariencia paternalista, porque a él le corresponde afrontar el sufrimiento y la ansiedad del paciente y la familia a lo largo del tiempo. A este médico le puede tocar asumir la gestión del orden y, en cierto modo, también de los plazos de este proceso. Y, con ello, también afrontar los conflictos derivados de posibles demoras y de la falta de cumplimiento de expectativas. Por este motivo, dentro de su perfil se encuentran el esfuerzo de gestión,



el compromiso y la responsabilidad proyectados en el tiempo, el desgaste y el cansancio físico y emocional derivado del trato humano, a veces en situaciones de mayor angustia, y la necesidad de saber mantener una relación asistencial.

A pesar del esfuerzo y del desgaste que supone su situación, raramente existe para él una alternativa que le permita desentender, inhibirse o sencillamente “delegar” a mitad de proceso. Sin embargo, el criterio de asignación de este papel de “médico de referencia” en la Medicina del proceso no es siempre fácil de describir ni se basa necesariamente en un perfil específico o en criterios de justicia. En ocasiones le puede corresponder desarrollar esta función a un profesional porque sencillamente “no hay otro” que esté dispuesto a asumir esta responsabilidad, no solo la de integrar los actos sucesivos del proceso sino la de confrontar con el paciente y con los familiares y/o cuidadores.

Por contraste, al médico del acto se caracteriza más por el perfil de consultor y por la dificultad y la calidad técnica. Si actúa como mero consultor, su labor es la de sugerencias concretas -a veces prolongadas en el tiempo- pero limitadas a un problema y sin el compromiso de afrontar en directo la atención global. Tanto si se trata de un consultor como si se lleva a cabo una técnica (que en ocasiones se puede realizar casi de manera virtual sin un contacto directo con el paciente), el compromiso del acto médico es algo limitado en el tiempo sin olvidar que al profesional de este perfil se suele valorar más por su capacidad específica, a veces sencillamente por su habilidad, que por su compromiso o por el trato humano.

La diferencia entre la Medicina del acto y la Medicina del proceso puede ser el origen de una división estamental dentro de la Medicina. Actuar como médico de proceso supone un desgaste físico y emocional derivado de asumir en primera persona toda la gestión, de tener que coordinar el trabajo de otros colegas y de ser el punto de unión a lo largo del tiempo con el paciente y con su entorno, por lo que no es de extrañar que con el tiempo se pueda sufrir no solo desgaste sino incluso un riesgo evidente de *burnout*. Por otra parte, no suele ser mucho el reconocimiento a esta labor ni al esfuerzo y al agotamiento que puede suponer. Más aún cuando se puede tener la impresión de que



el proceso asistencial no parece exigir una capacitación demasiado específica, de modo que podría asumirlo “cualquiera”<sup>11</sup>. Además, se tiende a ver como algo meramente auxiliar o secundario, subalterno y al servicio de otros especialistas más técnicos y cualificados. Por contraste, el acto médico suele ser más limitado (en espacio y en tiempo), más técnico y menos comprometido. Y también, con mucha frecuencia, resulta más valorado, con una cierta sensación de que el tiempo dedicado a los actos médicos es un tiempo de más calidad y mejor aprovechado. El acto médico sería lo que en ocasiones se ha definido como más “fotoeficiente”<sup>12</sup>, es decir, más luminoso y brillante y, a la vez, más fotogénico y con ello más susceptible de ser dado a conocer a la opinión pública.

Esta cuestión de separación y de contraste estamental no es nueva. De ello ya se ha hablado en la relación entre la Atención Primaria y la especializada o la hospitalaria<sup>13</sup>. La misma percepción de función auxiliar, de segunda categoría y condicionada al criterio de los más brillantes que se da entre primaria y especializada es la que se da también entre la Medicina del proceso y la Medicina del acto. Y se puede ver cierto paralelismo con el hecho de que las especialidades médicas que se asocian a mejores puntuaciones en el MIR suelen ser de las que tienen una vía de salida hacia el acto médico (de perfil técnico) mientras que las que tienen menos tirón son las que se asocian a la gestión del proceso asistencial y al seguimiento del paciente en consulta. Da la impresión de que hasta los futuros profesionales tienden desde el primer momento a evitar el tener que afrontar en primera persona el proceso asistencial, aunque estén dispuestos a colaborar de manera incidental mediante actos médicos concretos, en general de perfil técnico<sup>14</sup>.

Aunque hasta sugerirlo resulte “políticamente incorrecto”, es posible que se esté generando un proceso cíclico de mantenimiento de las diferencias entre las dos Medicinas. Mientras que los mejores números del MIR optan a las especialidades más brillantes y “fotogénicas” y más vinculadas a técnicas avanzadas y actos médicos, las que están más comprometidas con el proceso asistencial y el seguimiento del paciente son las que acaban siendo pedidas por los que han obtenido un número menos



brillante. Como si la selección en el MIR se comportara como un sistema de selección natural que colocará “en su sitio” dentro de una Medicina de clases tanto al médico con un perfil más técnico y con más habilidad (más valorado) como al médico sin esas buenas condiciones, que se vería limitado a afrontar un perfil “secundario” de asistencia, pero más humana y más empática.

### **MEJORAR LA INTEGRACIÓN DEL ACTO MÉDICO EN EL PROCESO ASISTENCIAL**

La diferenciación de los perfiles de la Medicina es algo que incluso los pacientes aceptan y que pueden llegar a valorar como positivo. De hecho, el enfermo no suele tener conciencia de la diferencia entre acto médico y proceso asistencial. Entiende que “su” médico es quien supervisa y gestiona lo que le va pasando, es decir, su proceso asistencial y, por tanto, es de quien recibe la información sobre de este proceso. Y entiende también que haya otros profesionales capacitados y con un perfil más técnico (el paradigma serían los radiólogos que informan estudios de imagen) –aparentemente ajenos al proceso- que actúan a demanda en momentos puntuales para ayudar a su “médico de referencia” pero sin necesidad implicarse en una atención directa y continuada. La expectativa que tiene en el médico del proceso, es decir, en “su” médico es de compromiso, de seguimiento y de interés mientras que de “los otros”, de los que intervienen en diferentes actos médicos, lo que espera es capacidad técnica: no le importa no tener una relación directa y fluida, lo que le interesa es que sean capaces en lo suyo y que resuelvan y que así le ayuden a él, al paciente, y ayuden también a “su” médico. En un escenario así, no es de extrañar que el paciente presuma que existe una coordinación y un flujo de información compartida entre todos los que participan, aunque se encuentren en centros asistenciales diferentes.

Sería bueno que estas expectativas del paciente se cumplieran en la realidad. Para ello sería precisa una mayor integración del acto médico en el proceso asistencial y, a la vez, que el proceso se entienda como enriquecido por actos médicos, pero que el valor y el impacto de este proceso no es menor que el de cada uno de ellos. En relación con el acto médico, cada especialista responsable de estos actos y comprometido con ellos debería entender que su papel, muchas veces imprescindible y no intercambiable, se



integra y gana sentido dentro del proceso. Y a ello le ayudaría tener conciencia de que entender al enfermo únicamente en el hoy y ahora, desconectado de su historia, sería como cosificarlo ya que el paciente tiene una historia anterior a su acto y una expectativa que va más allá del acto.

Por otra parte, es necesario volver a *dignificar* el proceso asistencial del paciente y, en concreto, el papel del médico que está comprometido con este proceso. Es preciso que los que participan pongan en valor la labor del profesional que hilvana el trabajo de tantos y que mantiene la relación humana de cercanía con el paciente, la que le corresponde y también la que se ve obligado a asumir en representación de tantos otros profesionales. Hay que evitar que haya profesionales que no solo deleguen en él algunas funciones que les serían propias, sino que vean como algo lógico desentenderse y derivar en esos los médicos comprometidos en el proceso asistencial - con un estatus aparentemente inferior- las funciones más penosas, las que suponen un mayor desgaste personal y las que les pueden suponer una mayor dedicación de tiempo en la atención continuada del paciente. En esta línea, sería conveniente que, al menos, para algunas patologías se lleguen a pactar rutas asistenciales en las que se defina el papel y el compromiso de cada nivel en la atención a las mismas.

Deberíamos volver a ver el acto médico como un acto integrado. Para lograr una mejor atención del paciente no es suficiente con mejorar la parte técnica, también habría que ahondar en una mejor integración del acto en el proceso. Hay que superar la situación de atención clínica limitada a un campo estrecho en el espacio y en el tiempo -con una responsabilidad y un compromiso también limitado- para mirar más allá, hacia una comunicación y un compromiso más amplios y coordinados entre especialidades y especialistas y entre niveles asistenciales. Pero para ello, para alcanzar la coordinación, el compromiso y la integración es preciso superar la idea subyacente de dominio, de supeditación o de imposición de una Medicina sobre otra.



## CONCLUSIÓN

La Medicina del acto está protagonizada por un profesional capacitado que realiza o interpreta una técnica o que lleva a cabo una valoración clínica específica limitada en el tiempo. La Medicina del proceso, sin embargo, se articula y se proyecta en el tiempo de modo que integra actos médicos, casi siempre sucesivos, que dependen y se condicionan entre sí. Se corre el riesgo de que estas “dos Medicinas” se puedan entender a efectos prácticos como dos *clases* diferenciadas dentro de la Medicina: un estamento superior, de perfil más técnico y con tendencia a desvincularse del paciente, formado por los profesionales de mayor valía especializados en actos médicos y una clase inferior integrada por los profesionales comprometidos con la atención continuada y el seguimiento, a los que parece que les correspondería una función auxiliar y supeditada a su compañeros y que asumirían la gestión del paciente, la información y, en general, las labores de perfil más humano que pueden suponer un mayor desgaste personal. Para evitar esta diferencia llegue a cristalizar en un clasismo real dentro de la Medicina lo primero es tomar conciencia del problema y, a partir de ahí, promover que todos los profesionales asuman un compromiso real y directo con el paciente con una perspectiva que supere la limitación en el tiempo del acto médico y que ayude a manifestar la dignidad de la labor médico comprometido con el proceso asistencial.



## REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Organización Médica Colegial. Código de Deontología Médica. 2022. Artículo 6.1. [https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/828cd1f8-2109-4fe3-acba-1a778abd89b7/codigo\\_deontologia/](https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/828cd1f8-2109-4fe3-acba-1a778abd89b7/codigo_deontologia/) (accedido el 22-03-2025).
- <sup>2</sup> Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Ferreira de Medeiros Mendes M, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit.* 2020; 34(4): 340-9.
- <sup>3</sup> Gomis R, Mata Cases M, Mauricio Puente D, Artola Menéndez S, Ena Muñoz J, Mediavilla Bravo JJ, et al. Aspectos metodológicos de los procesos asistenciales integrados (PAI). *Rev Cal Asist.* 2017; 32(4): 234-9.
- <sup>4</sup> Corral Gudino L, Rodríguez Arroyo, LA, Zorita-Viota Sánchez LM. Priorización de herramientas para la integración entre atención primaria y hospitalaria: encuesta sobre expectativas y creencias de los profesionales. *Semergen.* 2018; 44(8): 530-6.
- <sup>5</sup> Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML. Responsabilidad y buena práctica en las situaciones asistenciales de decisión clínica compartida. *Rev Bioet Latinoam.* 2022; 27: 29-5.
- <sup>6</sup> López García M. La valoración de la complejidad en cuidados paliativos: proceso asistencial y valoración. *Therapeía.* 2020: 13: 49-61.
- <sup>7</sup> Sanz A, del Valle ML, Hernansanz S, Gutiérrez C, García Recio C, Flores LA. Eutanasia y cuidados paliativos no hacen buen maridaje. *Med Paliat.* 2007: 14: 146-7.
- <sup>8</sup> Herranz G. La autoridad ética de los protocolos clínicos. Universidad de Navarra. Unidad de Humanidades y Ética Médica. <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/la-autoridad-etica-de-los-protocolos-clinicos#gsc.tab=0> (accedido el 27-03-2025).
- <sup>9</sup> Condón Abanto AI. Ética de la coordinación entre niveles asistenciales: valor del compromiso profesional y la implicación en la organización sanitaria. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza; 2017. <https://zaguan.unizar.es/record/61843/files/TESIS-2017-071.pdf> (accedido el 25-03-2025).
- <sup>10</sup> Sanz A, Barón F, del Valle ML. Consentimiento informado en procesos compartidos. *Cuad Bioet.* 2022; 33(108): 149-56.
- <sup>11</sup> Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 485-95.



- 
- <sup>12</sup> Barón F, Sanz A. Cuidar y asistir: ¿hijos de un dios menor? Cuad Bioet. 2021; 32(106): 321-7.
- <sup>13</sup> Ferran Mercadé M, Iparragirre Oiartzabal I. Coordinación entre niveles asistenciales basada en la igualdad, la libertad y la fraternidad. AMF. 2021; 17(8): 464-8. 113.
- <sup>14</sup> Gamarra, M. MIR 2024: ¿Qué número de orden hubo que tener de media para entrar en cada especialidad? ConSalud.es.  
[https://www.consalud.es/formacion/mir/mir-2024-que-numero-orden-hubo-tener-media-entrar-en-cada-especialidad\\_143666\\_102.html](https://www.consalud.es/formacion/mir/mir-2024-que-numero-orden-hubo-tener-media-entrar-en-cada-especialidad_143666_102.html) (accedido el 10-05-2024).