

Open Acces



DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL DR. JORDI GOL GURINA Y SU VIGENCIA HASTA NUESTROS DÍAS

“La salud es una manera de vivir de forma autónoma, solidaria y gozosa”

Correo electrónico:
presidencia@camfic.org

Antoni Sisó Almirall
Presidente de la CAMFiC

Este año el Colegio de Médicos de Barcelona conmemora el año a la figura del Dr. Jordi Gol y Gurina (1924-1985), coincidiendo con el centenario de su nacimiento. Además de dar nombre al Instituto de Investigación en Atención Primaria más importante de España, el legado del Dr. Gol resuena y nos interpela hasta nuestros días. En los últimos 44 años Cataluña ha tenido 11 consejeros de salud con una distribución cronológica asimétrica, dado que 5 han ocupado el cargo en los últimos 8 años. Vivimos años política y socialmente convulsos por razones diversas que van desde el proceso de independencia hasta una pandemia por la COVID-19. Pero la falta de longitudinalidad política (y por tanto, la imposibilidad de llegar a grandes consensos) también han contribuido decisivamente. En este contexto el sistema sanitario ha sufrido un test de estrés que ha pasado factura no sólo en Cataluña, sino también en todo el mundo. Esta factura la han pagado un gran número de profesionales de la atención primaria. En una encuesta reciente a más de 550 médicos de familia realizada entre el año 2021 y 2022, el 41,9% declararon niveles de estrés moderados-severos. En este mismo estudio las profesionales mujeres (la profesión médica ya es prioritariamente femenina) tuvieron que recurrir al apoyo emocional e instrumental, al desahogo, distracción y autculpabilización, mientras que en el caso de los hombres la actitud predominante fue la aceptación y el humor, con mayor frecuencia.

Las desigualdades sociales y el progresivo envejecimiento de nuestra población, los movimientos migratorios, los graves conflictos bélicos, la gran crisis climática, o el auge de grupos políticos extremistas, son el contexto que rodea socialmente una profesión y un modelo



que tiende a la hiperespecialización, a la incorporación exponencial de la tecnología y a una mirada vocacional distinta. Este incremento en las necesidades percibidas por vivir de forma gozosa confieren a los individuos que formamos parte de la sociedad de un estado de incertidumbre constante; y por tanto, una permanente y agotadora adaptación al cambio. Bajar la guardia en un entorno de cambios constantes genera ansiedades y frustraciones que requieren esfuerzos de abstracción e introspección como los que el Dr. Gol afrontó en su trayectoria profesional y en un contexto cronológico muy concreto.

QUIEN FUE JORDI GOL I GURINA

El Dr. Jordi Gol y Gurina era un hombre alto y delgado, de hombros anchos que acortan el cuello, la frente ancha y desmedida, y de gestos desgarrados pero paternos. Hijo de médico, nacido en Hostafrancs en 1924, fue un profesional militante del nacionalismo romántico, y realista a la vez. Se formó primero dentro de un profundo cristianismo ortodoxo, a pesar de que con los años se confesó más heterodoxo. Después de trabajar muchos años en *ambulatorios* de la *seguridad social*, pasó a ser conocido como el médico del sentido común. En su trayectoria profesional, dimitiría como jefe de servicio de un hospital importante ante el conflicto que suponía la colisión entre su actitud humanista frente a una estructura sanitaria que él consideraba profundamente injusta y basada en *reglas de mercado*. No puede decirse pues, que se tratara de un hombre instalado en el criticismo crónico tan recurrido desde una posición profesional acomodada y asegurada de por vida. Al contrario. Valorado y apreciado por colegas de la época, pero también por estudiantes de medicina, fue reconocido en el 10º Congreso de Médicos y Biólogos (Perpiñán, 1976) cuando propuso una nueva definición del concepto Salud, para superar la ambigüedad que generaba la interpretación de la definición de la OMS en torno al concepto de "bienestar".

Activo y visionario, avanzado a su tiempo con una mirada futurista, Jordi Gol estaba obsesionado por la atención centrada en la persona, la bioética y la historia clínica. Era un convencido de la función social de la medicina, denunciando la carencia de recursos de la época. Lo hacía con convicción y evidencias, pero de forma respetuosa, elegante y amable, casi *gandhiana*. Con su estilo conceptualizó en Cataluña lo que representaba la figura central del médico de familia en el marco funcional y estructural del Centro de Salud.

Ya a finales de los años 70 el Dr. Gol reclamaba la transformación y modernización de la figura del médico de cabecera para convertirse en un profesional con un alto nivel de resolución, ejercido desde el conocimiento de la persona atendida y entendida como un todo indisociable: el antifragmentador por definición. La atención centrada en la persona, la modernización de los equipos de atención primaria como espacios de accesibilidad y resolución, pero sobre todo de proximidad en el barrio y en la comunidad era el núcleo de su pensamiento, íntimamente relacionado con la influencia que tenían los determinantes sociales de la salud.

El Dr. Gol fue un hombre de pensamiento y de gran transmisión oral, del que resulta difícil encontrar publicaciones electrónicas propias. Propuso una nueva definición de salud, pero también le preocupaban otros grandes retos de su época vinculados con la muerte y la dignidad humana, la manipulación de la vida, la sexualidad, el cristianismo o los aspectos éticos de la relación médico-enfermo.

En esta revisión pretendo acercar de forma concisa y sintética aspectos clave del pensamiento crítico del Dr. Gol que merecen ser transmitidos especialmente a las nuevas y jóvenes generaciones de médicos de familia.

DEL DIAGNÓSTICO

En opinión del Dr. Gol, la persona que acude al médico espera fundamentalmente dos cuestiones: un diagnóstico y un tratamiento. Un diagnóstico que debe ser acertado y un tratamiento que debe ser eficaz y seguro. En la década de los 70 y 80 el diagnóstico era el instrumento científico más apasionante que definía al mejor médico: un diagnóstico se consigue o no, pero se intenta siempre, a pesar de que en su proceso choquemos con nuestras propias limitaciones científicas (ignorancia o falta de conocimiento y de evidencias). Llegar al diagnóstico es también una cuestión de actitud. Y para llegar a un diagnóstico preciso es necesario dejar de lado las intuiciones, valorar las certezas y disponer de los conocimientos y medios técnicos disponibles. El Dr. Gol defendía que la inquietud diagnóstica, la actitud crítica, la formación permanente y el trabajo en equipo son al menos cuatro de las exigencias éticas fundamentales del trabajo de médico. Pero avanzar en el camino del diagnóstico, y por tanto, en la disminución de la incertidumbre, tiene un precio en tiempo, trabajo, y sufrimiento que puede poner en riesgo al paciente: ¿vale la pena pagar un precio tan alto para realizar exploraciones que pueden traumatizar tanto al enfermo? ¿Dónde está el límite, y cuándo podremos decidir que hemos llegado al límite? Así es como, en mi opinión, Gol introduce el concepto de la sobreutilización de procedimientos y el ensañamiento diagnóstico, sin nombrarlos de forma explícita.

DEL TRATAMIENTO

Si el diagnóstico es meticuloso, el tratamiento puede ser sencillo; y eso es sinónimo de una buena medicina: la que actúa sobre la causa. El tratamiento directo de los síntomas comporta pocos dilemas éticos, pero hay que tener en cuenta que casi cualquier medida terapéutica tiene efectos colaterales que pueden ser nocivos. En este sentido Gol echaba de menos tanto la figura del farmacólogo en los equipos de trabajo hospitalario, como la falta de guías de práctica medicamentosa para el uso del médico de familia. Pero las dificultades más relevantes las encontramos cuando es necesario tratar a alguien de quien no tenemos un diagnóstico preciso. Aquí Jordi Gol expresaba que solía ser mayor el arrepentimiento de aquel médico que ha tratado sin tener un diagnóstico preciso (introducirá el concepto de sobretratamiento, sin citarlo explícitamente) que el arrepentimiento de aquel que ha tratado a alguien demasiado tarde esperando tener toda la información. Ya en aquella época advertía de la necesidad de definir de forma clara y precisa cuál era el objetivo que se marca cualquier tratamiento, que no sólo debe restituir

la normalidad o la función alterada, sino que también debe ser aceptado por el enfermo según sus valores personales. El verdadero y único tratamiento definitivo era el tratamiento dirigido a la causa, e incluso éstos, en asociación, pueden ser peligrosos, e inadecuados, y mucho más caros de lo que sería justo, abogando por una drástica reducción del gasto farmacéutico. Anecdóticamente Gol relataba que el enfermo ingresado en una unidad coronaria, además de los aparatos de reanimación y de control que le rodean, necesita otro componente que no todos los centros tienen previsto, y que se llama esposa e hijo/s. Los familiares no sólo forman parte de la salud psicológica y de la dignidad de persona, sino que se demuestra necesario para la recuperación incluso del tejido miocárdico que está dañado.

DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Si hasta ahora hemos abordado el diagnóstico y el tratamiento como piedras angulares del pensamiento crítico de Jordi Gol, éste trató también de la relación médico-paciente y del poder ancestral otorgado al médico ante el enfermo. El médico pide al paciente que se desnude, pero el médico sigue vestido, y la desnudez física es pequeña comparada con la desnudez psicológica en la que se nos muestra, exponiendo una intimidad que tiene una gran dimensión afectiva. Así, la relación médico-enfermo es asimétrica y se establece desde una desigualdad que puede ser desagradable. Aquí es cuando el médico olvida que también forma parte de la humanidad enferma, y que tiene sus propios miedos, contradicciones y condicionamientos, con los que ojalá pueda evocar sus situaciones personales de enfermedad para hacerse cargo de los sentimientos de su paciente. En definitiva, es aquello de tener en cuenta todos los componentes explícitos e implícitos de intentar *sentarse en la otra silla*.

Porque de la desigualdad siempre se deriva un poder, consciente o inconsciente. Es aquí donde Gol comienza a cuestionar (y romper) la inercia paternalista de la medicina del siglo XX: el médico que adopta una actitud racionalista y que se orienta estrictamente al campo biológico obtiene como resultado una práctica médica aparentemente impecable, pero parcial: ha desatendido el sufrimiento y ha menospreciado la dimensión global de la persona. De los componentes existentes en la relación de desigualdad médico-paciente, Gol abordó las interferencias en la escala de valores del médico y del enfermo en el marco de una misma sociedad en la que ambos conviven. Y es que al médico se le hará muy difícil no proyectar su propia escala de valores y subjetivismo ante cualquier decisión; el médico deberá ayudar al paciente a visualizar de la forma más clara posible la naturaleza de cualquier conflicto en su salud y respetar siempre la decisión de la persona. Un médico puede hacerse fácilmente cómplice de las tendencias sociales, y ante las posibles interferencias en los valores, el médico debe tomar una actitud de pedagogo, respetuoso y humilde, dialogando sin imponer, para aprender y enseñar

mejor. Ésta es la fórmula con la que ayudamos al paciente a descubrir, por un lado, sus propios condicionamientos que le hacen ser esclavo, y por otro, aquellos elementos no suficientemente desarrollados de la propia personalidad que lo convierten en un ser no lo suficiente adulto. Este acompañamiento debe mantener el respeto por las limitaciones de la persona: cada uno tiene su ritmo, sin imponer velocidades de cambio. En esta confluencia es cuando la persona que atendemos irá descubriéndose y estará en disposición de ser ayudada para emprender un camino de individualidad, independencia y personalización.

Al finalizar el acto médico, el paciente nos pregunta *qué tengo*. El enfermo tiene derecho a obtener respuesta porque la enfermedad es de él más que de nadie. Informar (siempre de forma comprensible) también es dar la oportunidad a nuevas preguntas y que el protagonista (el paciente) reflexione críticamente sobre cada respuesta. A menudo, los límites de esta información están en la propia ignorancia del médico respecto al diagnóstico. Y no todos lo toleraremos bien. Algunos médicos pueden fingir una falsa seguridad, o se refugian en explicaciones poco comprensibles o verosímiles para preservar una autoridad y una confianza que el paciente necesita para curarse. Nos hacemos un mal favor, porque la sinceridad, además de ser ética, resulta mucho más práctica. El paciente acepta un diagnóstico indeciso (por limitaciones en el conocimiento), pero no acepta demasiado un médico indeciso, es decir, un médico que no sepa qué hacer. La decisión puede ser diversa: volver a explorar, estudiar más el caso, consultar a un experto, exponiendo cuáles son las opciones más válidas e invitando al interesado a tomar partido, compartiendo las ventajas e inconvenientes. Mención aparte merece la comunicación de lo que tiene el paciente con mal pronóstico, y cuya información puede resultar traumática. A menudo la información puede ser contraproducente, y cuando el enfermo quiere saber la verdad..., ¡quiere que la verdad sea buena!, de modo que mientras con palabras nos exige una información veraz, con los sentimientos o con la gestualidad nos pide que le engañemos. Porque si el enfermo tiene derecho a conocer la verdad, también tiene derecho a la ignorancia: ¿a qué deseo daremos prioridad? Jordi Gol no nos ofrecía la respuesta, pero si reflexionaba en torno a que el médico se siente en peligro ante estas contradicciones porque sabe que cuanto más a fondo entre en el problema, más traumatizante será su relato. Para ahorrar sufrimiento podemos eludir información, delegarla en familiares, o transitar por ella superficialmente. Existen diferentes praxis: así los médicos anglosajones optan por la verdad sin filtro, ignorando el trauma producido, asumiendo discursos agresivamente biológicos, útiles ante eventuales reclamaciones judiciales, y coherentes con la deontología científica. Pero atención: incoherentes con la deontología médica. En contraposición, los médicos mediterráneos solemos ser más accesibles a los sentimientos y más flexibles con la verdad, tendiendo al paternalismo y engañando por compasión.

DE LA EUTANASIA

Jordi Gol ya nos anticipó hace 40 años las herramientas básicas de afrontamiento ante la eutanasia, cuya Ley Orgánica 3/2021 ha sido aprobada recientemente: cuando el médico supera su propio miedo y acepta como un desafío ayudar a la persona que tiene un fin de vida cercano, se sumergirá en un mundo apasionante sin fórmulas mágicas de conducta y donde la única guía son los propios valores y principios. Y esto comportará siempre (naturalmente) una banda ancha y frecuente de comunicación con el paciente, envuelto de intimidad, donde no hay cabida ni para el científico distante, ni para el paternalista, ni para los corsés administrativos u organizativos que impidan al profesional salir del marco normativo con el fin de proporcionar un acompañamiento digno de la persona enferma.

DE LA INVESTIGACIÓN

Gol también abordó la investigación como parte del desarrollo profesional necesario del médico de cabecera. En relación a la investigación, destacaba que los esfuerzos se dirigían a resolver problemas parciales (enfermedades), a los medios diagnósticos y a los tratamientos. La investigación como instrumento científico incluido en la actividad hospitalaria debe ponerse al servicio de la salud, y para ello es necesario conocer al enfermo como persona, en su comunidad, familia o grupo social, y entender sus inquietudes, valores y aspiraciones que forman parte de la historia natural del hombre y sobrepasan la dimensión estrictamente biológica. Esta capacidad para captar la perspectiva antropológica y ecológica no se adquiere fácilmente en el hospital, sino como médico de familia. Y esto no está previsto ni en la enseñanza de la medicina ni en la estructura hospitalaria ni universitaria: a pesar de algunos avances, tampoco está previsto en la actualidad. Probablemente esta firme convicción de Jordi Gol fue, entre otras, la que le permitió al Instituto de Investigación en Atención Primaria, llevar su nombre desde 1999.

DE LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

Jordi Gol también denunciaba en aquella época la falta de planificación sanitaria en el ámbito hospitalario, y añadía que el médico “de fuera” del hospital no tiene, ya no la obligación, si no ni siquiera la posibilidad de participar en el trabajo de “los de dentro”. En definitiva, hace 50 años el Dr. Gol reivindicaba una revisión del modelo mediante una palabra clave: reciprocidad, entre profesionales hospitalarios y los de atención primaria. La reciprocidad ha vertebrado buena parte de los posicionamientos de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC) constituyéndose como un factor clave y necesario de un cambio global de modelo (Informe Retos de futuro de la atención primaria, 2019). Célebre también es el posicionamiento de Gol en torno a las grandes estructuras sanitarias: el ejército, la universidad, la familia,

la administración pública, las escuelas... todas estas instituciones y otras han sido creadas como instrumentos al servicio de las personas; y por una suerte o por una ley de la gravedad, o una inercia inherente al propio ser humano, tienden a traicionar los objetivos por los que se crearon, y se convierten ellas mismas en su propio fin.

EPÍLOGO

El pensamiento crítico de Jordi Gol abarca mucho más de lo que este artículo puede resumir. Pero la mejor manera de finalizarlo es con este epílogo publicado en *Annals de Medicina* en 1977, que dice así:

Junto al hombre, que es el centro del sistema sanitario, está quien le ayuda a lograr su realización en la salud. Allí está el generalista, y cuando digo generalista, quiero decir la asistencia primaria completa, con planificador familiar, asistente social y pedagogo higienista. No quiero decir que los otros niveles secundarios y terciarios no tengan que ser competentes (debe ser competente todo el mundo), sino que no pueden tener la prioridad. (...) La última afirmación que quiero hacer es que no obtendremos salud y salud para todos si pensamos solamente en estructuras. Es la mentalidad la que debemos cambiar primero. Es con una nueva actitud como haremos un nuevo país, estructurado de una forma nueva, a favor del hombre.

BIBLIOGRAFÍA

- Aragonès E, Fernández-San-Martín M, Rodríguez-Barragán M, Martín-Luján F, Solanes M, Berenguera A, Sisó A, Basora J. Gender differences in GPs' strategies for coping with the stress of the COVID-19 pandemic in Catalonia: A cross-sectional study. *Eur J Gen Pract.* 2023 Dec;29(2):2155135.
- Borrell-Carrió F. Médico de personas. Jordi Gol i Gurina, 1924-1985, in memoriam. *Aten Primaria* 2005; 35: 339–341. Disponible a <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7684375/pdf/main.pdf>
- Gol i Gurina J, De Miguel JM, Reventós J, Segura A, Soler Sabarís F. La sanitat als països catalans. Barcelona. Edicions 62, 1978.
- Gol i Gurina, J. La salut. *Annals de Medicina* 1977; 7:1025-1040. Disponible a https://webs.academia.cat/revistes/elect/view_document.php?tpd=2&i=5891
- Gol J, Jaén J, Marcos JA, Casares R, Foz G, Moll J, Subías A, Suñol R, Teniente JM. El metge de capçalera en un nou sistema sanitari. *Col·lecció Salut i Sanitat n.1*, Editorial Laia, 1979.
- Gol J, Marcos J, Suñol R. La Medicina Primària: presente y futuro. *MIR* 1979; 7.
- Gol J, Corominas J, Marcos JA, Acarin N, Aguilar FX, Bacardí R, et al. El centre de salut integral. Base d'un nou sistema sanitari. *Col·lecció Salut i Sanitat n. 5*. Editorial Laia, 1981.

- Informes CAMFiC: Reptes de Futur de l'Atenció Primària. Barcelona 2020. ISBN: 978-84-09-26720-0. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_13490.pdf
- Informes CAMFiC: l'Atenció Primària en l'era post-COVID. Revolució per a la transformació. Barcelona, 2021. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_14356_EBLOG_4160.pdf
- Jordi Gol i Gurina (1924-1985). Els grans temes d'un pensament i d'una vida. Barcelona. Ed. La Llar del Llibre. 1986.
- Provant de seure a l'altra cadira. La perspectiva del client. Comissió de millora de la qualitat de la CAMFiC. Barcelona 1998. ISBN: 84-89045-78-X. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_11157.pdf
- Sisó-Almirall A, Kostov B, Sánchez E, Benavent-Àreu J, González de Paz L. Impact of the COVID-19 Pandemic on Primary Health Care Disease Incidence Rates: 2017 to 2020. *Ann Fam Med*. 2022 Jan-Feb;20(1):63-68.
- Solanes-Cabús M, Paredes E, Limón E, Basora J, Alarcón I, Véganzones I, et al. Primary and Community Care Transformation in Post-COVID Era: Nationwide General Practitioner Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 16;20(2):1600.