



REAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

La necessària correcció del paradigma mèdic en la praxi clínica

DISCURS D'INGRÉS COM ACADEMIC HONORÍFIC

ILM. SR. DR.

D. Àngel Llàcer Escorihuela

Llegit l'u de juliol de 2021

VALÈNCIA



REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

**La necessària correcció del paradigma mèdic
en la praxi clínica**

DISCURS D'INGRÉS COM ACADEMIC HONORÍFIC

ILM. SR. DR.

D. Àngel Llàcer Escorihuela

Llegit l'u de juliol de 2021

VALÈNCIA

*Oh déus!
Què li ha passat a Asclepi?
Poseu atenció als mortals!
Que els ataquen les bestioles
i els assetgen els gegants.*

Edició bilingüe: la versió original, en valencià, seguida de la llegida, en castellà, durant l'acte acadèmic d'ingrés.

Edición bilingüe: la versión original, en valenciano, seguida de la leída, en castellano, durante el acto académico de ingreso.

Sumari

Discurs d'ingrés del acadèmic honorífic, Ilm. Sr. Dr. D. Àngel Llàcer Escorihuela, <i>La necessària correcció del paradigma mèdic en la praxi clínica</i>	9
Agraïments i introducció	11
La base del paradigma	14
Fonts del coneixement de la malaltia	20
La medicina de les persones	23
El coneixement mèdic de la persona malalta	23
Una aposta assistencial mèdica pel respecte al goig personal del malalt en el procés d'atenció i cura	24
La relació del malalt amb la malaltia i el procés biològic alterat	27
El que no avança. Els dèficits del desenvolupament	29
Pel mateix camí	35
Quin pes tingueren aquests moviments de nova cultura mèdica per assolir avanços i canviar el rumb dels desviaments existents?	35
Consideracions sobre la dinàmica del creixement tecnològic	35
El desencontre amb la necessitat. Els canvis i no canvis des de les il·lusions utòpiques	39
Una llum al camí?	40
L'assistència sanitària integrada	41
De no seguir creixent en aquesta direcció	42
Epíleg	47

DISCURS D'INGRÉS COM ACADEMIC HONORÍFIC

ILM. SR. DR.

D. Àngel Llàcer Escorihuela

**La necessària correcció del paradigma mèdic
en la praxi clínica**

EXCMA. PRESIDENTA DE LA RAMCV, PROFESSORA CARMEN LEAL,
EXCMS. I ILMS. ACADÈMICS I MEMBRES DE LES INSTITUCIONS PRE-
SENTS,
BENVOLGUTS FAMILIARS, COMPANYS, AMICS,
SENYORES I SENYORS:

COM PODEN IMAGINAR VOSTÈS hui és un dia feliç per a mi
Cen què em sent orgullós i amb alta autoestima. L'ingrés
com acadèmic honorífic en la RAMCV, la de la meua terra,
ompli una etapa de la meua trajectòria personal en què, per
sort, he tingut una vida social i professional joiosa pel simple
fet de fer allò que m'agradava i il·lusionava.

Entendran, per tant, el meu agraïment a la Junta de Govern
que m'ha proposat i a cadascun dels seus membres en par-
ticular.

Vull agrair al professor Juan Viña la presentació del meu
perfil curricular. D'ell tenia coneixement directe del seu exqui-
sit gust pels detalls, d'entre altres, pels llibres d'assaig sobre
la ciència que des de l'INCLIVA regalava ocasionalment als
serveis hospitalaris integrants quan ell presidia la institució.
Però en aquesta ocasió les seues paraules també denoten el
seu perfil de persona afectuosa. És per això que convé matis-
sar o polir la part meritòria de la meua persona que ha expo-
sat amb algunes circumstàncies a tenir en compte en la valo-
ració global.

Amb el professor Juan Ascaso, des de fa uns anys, quan començava a parlar-se del perfil cardio-metabòlic, he compartit activitat docent en fòrums de formació post-graduada i, sobretot, criteris sobre la bonança del plaer en el perfil de la vida saludable.

En el cas de la vicepresidenta Rosa Ballester, hi ha una amistat des dels anys de la llicenciatura de medicina que s'aferma amb el temps en diversos escenaris de la universitat i de companys de curs "resistents" que s'estimen i se cuiden.

I amb la professora Carmen Leal, des que ens coneguérem quan vaig ser consultor de cardiologia en la sala de psiquiatria als primers anys setanta, el vincle d'amistat arriba a nivells de rang superior en la proximitat. Hi ha hagut molta vida mèdica, universitària, familiar i d'oci compartida. No vull excedir-me en aquest punt; l'estètica té els seus límits i, de vegades, l'afecte no sap trobar-los.

Repassant els anys relativament recents, falta un agraïment que no ha de quedar en l'oblit. El 5 de setembre del 2008, el professor Juan Brines, acadèmic numerari d'aquesta institució, vingué al meu despatx de l'hospital i em proposà presentar-me a una plaça vacant d'acadèmic numerari del perfil de Cardiologia; considerava idoni que optàrem be jo mateix, be el professor Chorro. No em vaig presentar perquè el professor Javier Chorro també estava interessat en la plaça; i, pel notòriament meritori de la seua excel·lència, ho vaig considerar apropiat i oportú.

Estic parlant d'agraïments, d'allò que és humà, de l'afecte, del goig. Per aquesta via va el discurs de hui. D'això vull parlar-los en referència a l'acte clínic del metge. Perquè ho considere important i necessari. Diria més: científicament necessari,

històricament necessari; i així, amb aquests criteris considerada justificada la meua elecció temàtica.

Però abans d'introduir-me en el tema vull parlar-los de les bases que cimenten les meues reflexions al seu voltant, sobre el valor que atorgue a les qüestions de l'afecte i d'allò que diuem humà. Unes són biogràfiques derivades de la convivència familiar i de l'educació rebuda en aquest entorn. Mirant enrere, al pòsit que deixa la percepció dels valors, les actituds i les actuacions presenciades, mai sabré be si ja tenien trets genètics o provenien de l'entorn on creixies. En tot cas, el cercle familiar amb els meus pares i germans creà l'ambient d'aquest perfil. El segon cercle familiar creat amb la meua esposa segueix en les mateixes amb els additaments que aporta el seu talant diligent de l'afecte i de la cura en tots els ambients; i en aquest nucli familiar amb les noves generacions de fills i néts, tots aprenem de tots assaonant les peculiaritats de les nostres personalitats, vives i més o menys aguerrides i espurnejants, o explosives per moments, amb el bàlsam dels afectes i les entregues. Ens importa el marxamo de l'afecte. No ho dic com presumpció –no és meritori–, ho dic com a peculiaritat de la forma de ser que influeix en les trajectòries personals de cadascú, en el meu cas com a metge clínic, i pel que pot explicar de l'elecció del tema i la importància que li atorgue en donar-lo per bo per a aquesta ocasió.

Més enllà de l'àmbit familiar, també les bases biogràfiques dels ambients socials, laborals i culturals que he transitat han consolidat els valors que defense sobre el paradigma de l'atenció mèdica.

Les afinitats aproximen les persones entorn els valors que prioritzen. Vas pels camins de la vida que t'ha tocat anar i

trobes els ambients de relació en què et sents més en pau amb tu mateix o més estimulat a participar en eixe entorn. Mirant enrere i al present veus el que ha deixat pòsit en tu i t'ha orientat a elegir la teua senda. Afloren a la memòria les persones, els escenaris, els moments i els projectes que configuraven les preferències, els gustos pels quals decidies involucrar-te. Mires la teua biblioteca personal i allí, a les prestatgeries, estan els teus, els documents vius, convivint en els espais entre els no t'han impactat o agradat. Però allí estan tots, els uns i els altres, perquè tots te configuraren i ajudaren a marcar acotacions d'allò que és pròxim a tu.

Les bases i fonts bibliogràfiques més específiques que guien aquestes reflexions són de l'ampli espectre bio-psicosocial, i em sembla apropiat perquè és el que defineix el perfil de la medicina. Des dels seus orígens, la medicina clínica, és a dir, la de l'acte mèdic, atén la necessitat d'ajut de les persones malaltes. Eixa és la seua raó de ser, la seua essència definitòria. I aquesta essència és una qüestió o condició intemporal.

La base del paradigma

El concepte mèdic lligat al contacte amb el malalt no pot renunciar a considerar cadascun dels tres elements que el constitueixen –el malalt, el procés biològic (i/o psicosocial) anormal que produeix la malaltia i el metge clínic– ni els tres eixos que els relacionen entre si. Un triangle defineix el camp de la clínica, l'escenari, situant els tres elements als vèrtexs; i les línies o bandes que els uneixen representen els itineraris per on transcorren les relacions (Figura 1).

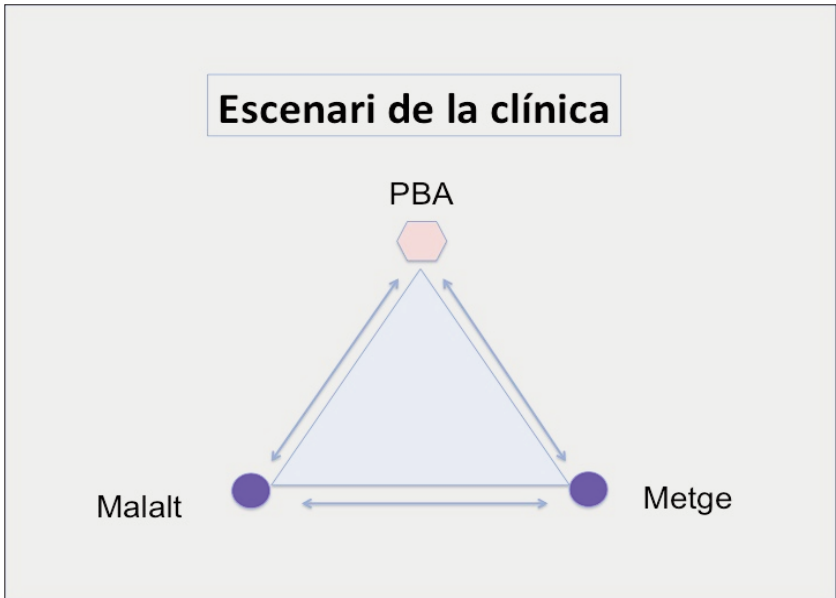


Figura 1. Escenari de la clínica. Elements constituents i itineraris que els relacionen.

Posem a la base del triangle els vèrtexs del malalt i del metge, les persones; i al vèrtex superior el procés biològic de la malaltia, de naturalesa ben distinta.

El malalt és l'ésser humà que desenvolupa la malaltia com a conseqüència del procés biològic anormal amb capacitat per alterar-lo.

El procés biològic anormal pot ser de diversa naturalesa en relació amb la percepció del malalt (Figura 2):

- Un dubte o preocupació per sensacions de possible malaltia, o troballes analítiques de revisions de salut, o antecedents familiars o personals, o dades sospitoses procedents d'exploracions especials; o be,
- manifestacions o diagnòstics establerts de malaltia.

Inici de la relació Malalt-PBA

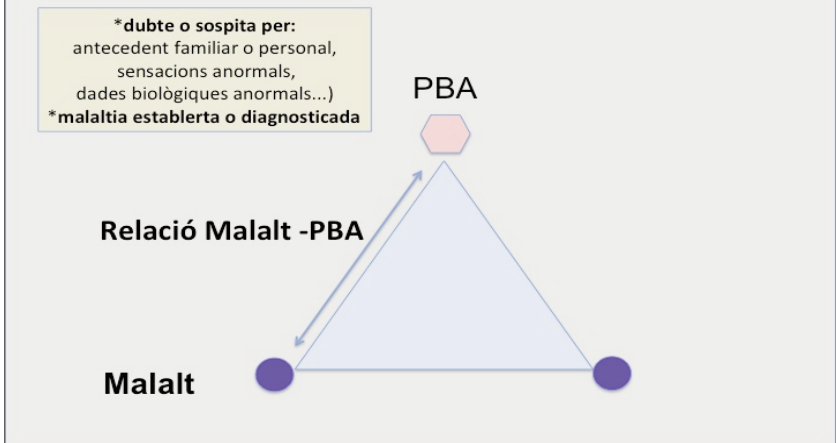


Figura 2. Inici de la relació del malalt amb el procés biològic anormal segons la percepció i el seu coneixement.

És important tenir present que el procés biològic anormal pot estar relacionat, o no, amb una malaltia en la persona en què es desenvolupa o detecta (Figura 3). I és clar que hi ha casos de processos biològics alterats que mai no es manifestaren en vida; i allí estigueren sempre però no molestaren. Són els processos biològics alterats que no produïren processos de malaltia (Figura 4).

El metge clínic assisteix el malalt amb els recursos d'allò que pot conèixer i pot actuar seguint dos itineraris de relació: un amb la persona malalta a través de la relació metge-malalt; l'altre amb el procés biològic i/o psicològic a través de la formació mèdica. Són dos itineraris necessaris de coneixement i destreses diferents que, també necessàriament han

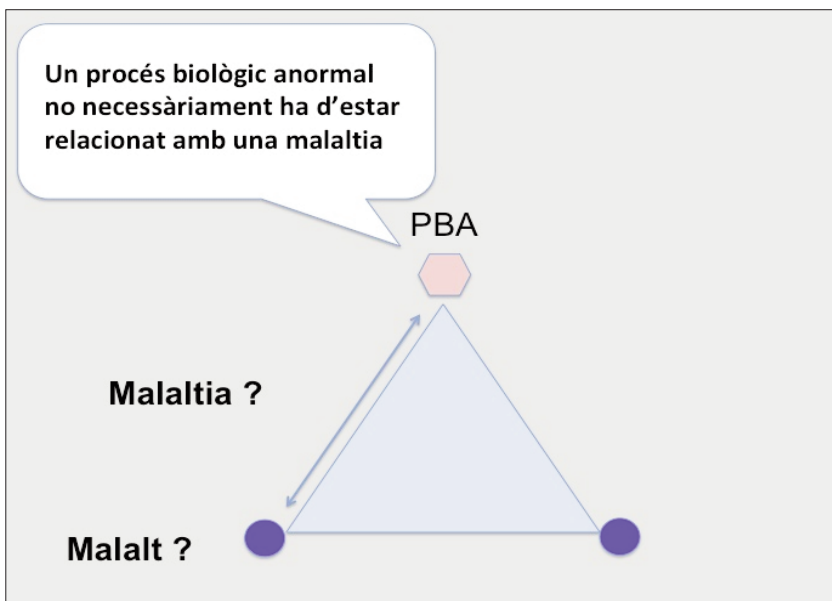


Figura 3. Procés biològic anormal i la seua relació amb la malaltia.

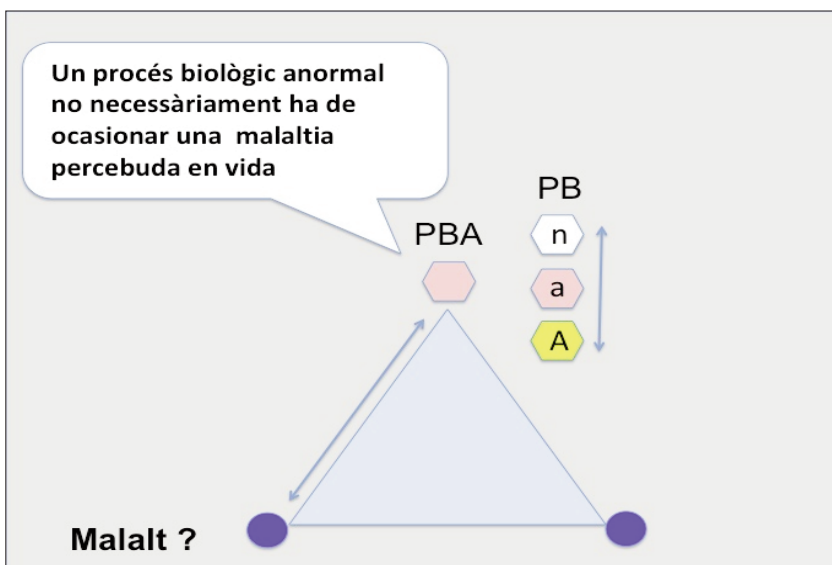


Figura 4. Procés biològic anormal i la percepció personal –o no- de malaltia en el curs de la vida.

de confluïr per a situar el cas concret del malalt en la dimensió global.

El coneixement mèdic del procés biològic, complex i ampli, pertany al camp de la ciència biològica i les afins. La tecnologia és clau.

La biomedicina és la branca de la biologia orientada als processos biològics dels humans. L'amplitud de l'espectre biològic i la seua complexitat compromet el treball investigador d'una ampla gama de professionals i científics incloent els metges.

Sols una part dels coneixements científics de la biomedicina s'utilitzen en la praxi clínica.

L'enfocament del metge clínic dirigit a la malaltia concreta del malalt ha de considerar-se en el marc de l'espectre bio-psi-cosocial de la persona, la globalitat, i no sols en el procés biològic alterat relacionat amb la malaltia (Figura 5).

El paradigma mèdic enfocat a la biomedicina (paradigma biològic o biomèdic) és distint del paradigma mèdic clínic (paradigma bio-psi-cosocial). I si un mateix metge exerceix les dues activitats hauria de guiar-se en cadascuna d'elles pel seu propi paradigma (Figura 6).

En la medicina clínica, l'extensió dels coneixements i usos de les eines tecnològiques i d'altra naturalesa són d'una complexitat creixent, i genera moltes especialitats amb ramificacions en cadascuna d'aquestes. La naturalesa de la malaltia o del procés específic a atendre indicarà el nivell d'especialització requerit. En totes les especialitats clíniques, el paradigma és el mateix, el bio-psi-cosocial.

Enfocament del metge clínic

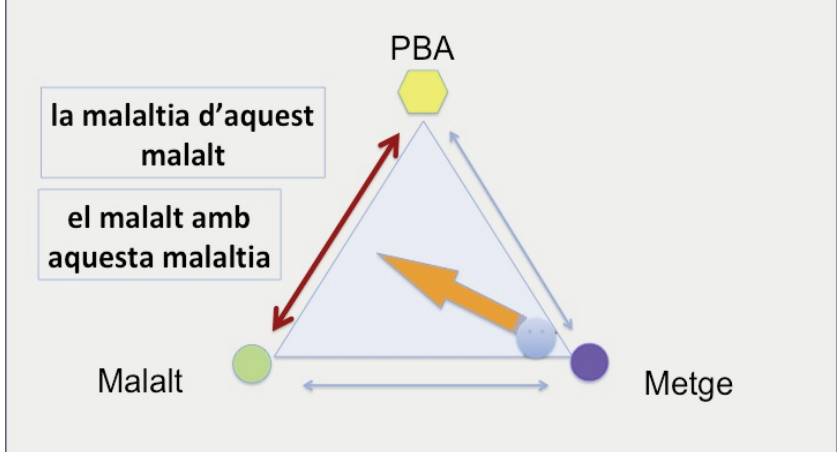


Figura 5. Espectre de l'enfocament clínic.

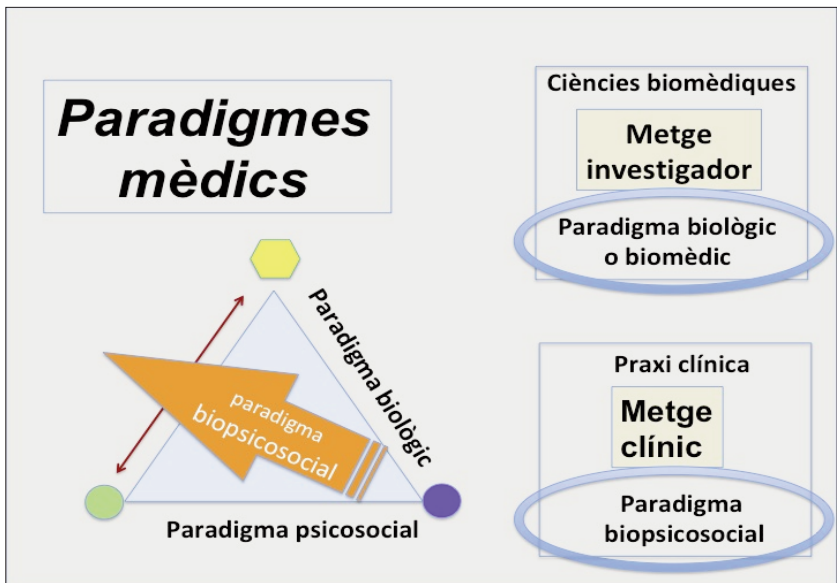


Figura 6. Paradigmes mèdics segons els escenaris del treball professional.

Si el **paradigma clínic és errat**, vol dir-se, si segueix la línia del procés biològic anormal sense atendre la dimensió psicosocial de la persona, s'està obrant fora del marc conceptual de la medicina, amb el risc afegit de la cerca de dades biològiques inútils i l'ejecució d'actes innecessaris i abusius; i si el biaix és per seguir sols la via psicosocial, tampoc açò és medicina perquè no atén el coneixement del procés biològic ni de les actuacions professionals pertinents (Figura 7).

Fonts del coneixement de la malaltia

Cal tenir present com s'obté el coneixement de la malaltia. N'hi ha dues fonts: una és la de les ciències biomèdiques sobre el procés biològic alterat; l'altra prové de la investigació clíni-

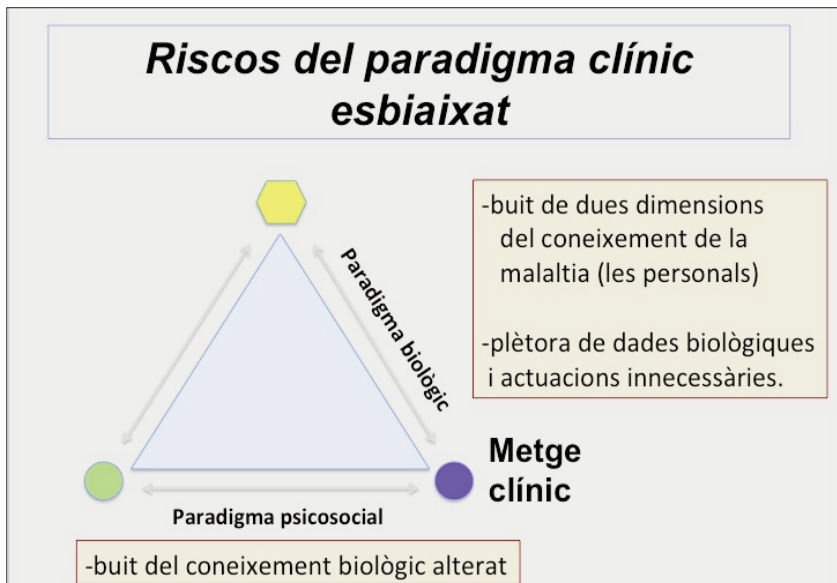


Figura 7. Riscos del paradigma clínic esbiaixat.

ca directa amb els malalts. Però cal tenir molt present que aquesta última procedeix en gran part dels patrons de malaltia basats en estudis que analitzen paràmetres “durs” (dades biològiques, signes objectivables i símptomes definits) recollits del malalt, excloent les variables “blanes” de la persona malalta que intervenen en el desenvolupament de la malaltia. Açò significa que la malaltia sols està reflectida en paràmetres biològics i determinats paràmetres clínics, obviant moltes dades que per la naturalesa estadística del tractament analític han estat excloses.

Es tracta, per tant, d'un coneixement clínic esbiaixat, encara que el millor disponible i a l'abast per donar llum a les troballes referents als patrons biològics i clínics, que s'utilitzen com a base per a elaborar les guies clíniques que serveixen d'eixos per a la presa de decisions en les actuacions professionals. És veritat que aquestes guies tenen una referència, a mode de postil·la, indicant que cal considerar la peculiaritat de cada cas, però aquest detall no soluciona tot el problema perquè aquestes peculiaritats no foren analitzades per a definir els patrons de malaltia amb els què es confeccionaren les guies.

El risc d'aquest dèficit és que qui actue amb un paradigma biològic o qui no pose atenció a la relació metge-malalt per no dedicar temps a saber sobre allò que viu, sent, pensa o requereix el malalt, optarà per seguir les guies clíniques en la presa de decisions obviant la referència de considerar la peculiaritat del cas del malalt; propiciant, així, actuacions que li faciliten una eixida assistencial “còmoda”, “útil” o “pràctica” de desviament, com la de sol·licitar analítiques, interconsultes i exploracions, que, al final, pot derivar en intervencions tera-

pèutiques de tot tipus; i això significa degenerar la naturalesa de l'assistència professional.

Podem referir els biaixos, els mals usos de les guies clíniques i els seus efectes en cinc punts:

- 1) La investigació dels patrons de malaltia exclou dades de la persona malalta constituents de la malaltia.
- 2) Amb eixe dèficit, tals patrons no són representatius de la part de la realitat no considerada.
- 3) El biaix de les guies les limita, i en determinats casos les invalida, com a referència del coneixement per a la presa de decisions del metge clínic.
- 4) Relacionar l'ús d'eixes guies amb la “medicina basada en les proves” és una extralimitació si no es té en compte el perfil personal i la participació del malalt. En la praxi actual, aquest tipus d'actuació deficitària és freqüent.
- 5) En situacions de desatenció a la persona malalta, l'ús de les guies clíniques pot servir d'excusa per al desviament de l'assistència cap a l'abús del coneixement biològic inútil, el sotmetiment a la persona pacient a procediments innecessaris, i per a la distracció d'allò que li afecta al pacient. Es reconeixen com de mala praxi les peticions injustificades d'analítiques, exploracions especials, consultes a especialistes, i els plans terapèutics que se'n deriven, siguen farmacològics, quirúrgics i daltres, i la dependència dels seus controls.

Al final es tracta d'una medicina desatesa, errada, i al temps, plena d'actuacions abusives; o el que és el mateix: un fracàs professional; encara que no se li done llum.

Qui se'n ix guanyant d'aquestes desviacions?: la medicina irracional amb model paternalista, les agències de prestació de serveis, la medicina industrialitzada, la indústria biomèdica.

Qui se'n ix perjudicat?: els malalts, la medicina racional i participativa, la medicina de les persones..., i els metges clínics. Per què aquests? Perquè treballar sense la guia del paradigma de les persones frustra el professional.

La medicina de les persones

El coneixement mèdic de la persona malalta

Comprendre i atendre les persones malaltes precisa del saber comunicar, conèixer les realitats socioculturals, dominar el llenguatge i els significats, tenir habilitats i sensibilitat professional per a copsar perfils emocionals i atendre les seues sensibilitats. Aquesta faceta de l'assistència clínica és la que s'interessa per allò que diguem humà, no sols per l'aspecte corporal. En aquest punt, les humanitats són un camp exploratori que ofereix coneixement i poden ajudar a desenvolupar la sensibilitat professional. Apart del saber més específic i bàsic de les matèries del terreny psicosocial, la literatura en totes les seues modalitats (assaig, narrativa, poesia i teatre) i el cine, i també les arts en general, tenen fonts meravelloses, a més de joioses, del coneixement humà.

El coneixement de la persona malalta té a veure amb la seua relació amb la malaltia que pateix, allò que hi sent, com ho percep i en pensa. Estem en l'àmbit de la psicologia i la sociologia en el terreny desconegut i ocult del malalt; dels seus símptomes, sensacions, dubtes i desitjos, el metge pot conèi-

xer detalls a través de la comunicació metge-malalt. Cal tenir present, però, que n'hi ha qüestions de l'àmbit personal del malalt que sols ell coneix perquè són del seu món particular d'on sorgeixen desitjos i dubtes que no es narren als demés; però són molt importants per a ell.

El coneixement implícit del desig del malalt. Què allunya a la persona malalta, de la seua anterior condició de persona sana? Hi haurà incògnites, però hi ha aspectes que són universals: mantenir els gojos personals, l'autonomia i altres que depenen dels seus valors. Quan la persona està malalta, o tem estar-ho, aquestes qüestions li importen i poden ser determinants en el seu afrontament a la malaltia i al procés biològic alterat. Li agradaria viure com quan estava sana. Amb els seus gojos.

Una aposta assistencial mèdica pel respecte al goig del malalt en el procés d'atenció i cura

Ens movem en la vida perseguint el goig, el nostre goig personal. En les circumstàncies més diverses, tant si són adverses com si no, ens guia el goig per assolir allò que desitgem com a meta, o el goig que ens produeix el mateix procés en què ens impliquem per assolir-ho. En l'atenció al malalt, aquesta qüestió és important i el metge ha de considerar-la en qualsevol plantejament de la seua actuació, siga diagnòstic, terapèutic, rehabilitador o el de la prevenció i promoció de la salut que pugua assumir.

El metge clínic treballa en la procura de la salut dels malalts i de les persones a qui volem evitar-los les malalties. Vol dir-se, el referent és la salut, entenent que aquesta és un concepte

positiu, perquè la referim al que desitja la persona que atenem, tant si pateix com si no un procés biològic de malaltia. La salut de les persones implica la seua manera de viure per tal de ser autònomes, solidaries i joioses;¹ un concepte que es perfila en l'àmbit de la dignitat de les persones. Molt té a veure l'ètica en aquesta manera de concebre la salut. I el goig que importa particulatament a cada ésser humà, en aquesta línia conceptual, té a veure molt amb la seua salut. El clínic no ha de perdre aquesta referència. Cal tenir ben present l'aspiració humana a assolir un cert grau de felicitat.

Solament cada qual coneix els seus gojos. No podem saber-ho els demés, però ell sí. I en cada moment de la seua vida troba quin goig vol assaborir. Hi ha situacions, com les noves experiències, que posen a prova les preferències dels gojos de cada qual. De vegades, les situacions difícils ens orienten sobre el valor o pes dels nostres gojos. La malaltia com experiència nova és un bon camp d'observació per al malalt.² Allò que el manté actiu en eixe procés de la seua vida personal té un immens valor que cal respectar i afavorir-lo si ens ho demana.

¹ Definició de salut del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, veure cita 7.

² Personalment he viscut una experiència com a malalt en relació als gojos. Sé de tot allò que em proporciona goig i és el que cerque; també, si tinc una malaltia que m'ho permet. D'alguna manera els gojos han modelat la meua vida. En la meua història personal estan els territoris i les activitats que em mogueren a participar professional i socialment al meu entorn, i en tots ells hi ha un denominador comú: el valor del que ens resulta humà, la necessitat del pensament crític com a guia del procedir i la cerca del coneixement com estímul vital. En aquest perfil es configura el meu goig més apreciat. Els meus gojos sensorials, de distint perfil, i també molt importants, en tot cas no són disjuntius amb aquest goig. Així ho he percebut sempre, i amb el pas dels anys s'ha mostrat més evident. He pogut saber de la seua importància quan vaig tenir una expe-

Diria, recordant Jorge Wagensberg,³ que el goig de la teua vida quotidiana és el que et proporciona, a petites dosis, estímul per a la comprensió de les realitats que t'importen; i, en les que trobes més interès, també et mou a investigar o aprofundir en elles en la via d'assolir un nivell superior de goig, el de trobar la clau d'allò que desconeixem –allò que ell denominava el goig intel·lectual fent referència al goig d'un descobriment científic clau. Però el que cal destacar és la importància dels gojos quotidians particulars de cadascú. I entenc que aquests gojos són elements de la salut que cadascú desit-

riència personal de malaltia greu en la què vaig procurar estar acompanyat, d'alguna manera pels meus gojos; i aquests m'ajudaren a superar-la. (Foren vivències observades en el transcurs dels dos anys d'un procés de malaltia des del moment del diagnòstic. Vaig fer registres d'activitats i successos personals com venia fent-ho quotidianament des de temps enrere; i així vaig poder analitzar i comparar les etapes de salut prèvia i de malaltia). Davant la incertesa del pronòstic, en l'etapa asimptomàtica vaig seguir fent la meua activitat quotidiana mantenint la vida relacional com si no estigués malalt, per a la qual cosa sols la meua esposa era coneixedora del procés. Volia traure-li el màxim suc a la meua vida en totes les activitats habituals, les laborals i les de l'oci. Mesos després, quan el procés biològic empitjorà m'alliberí de part de les meues activitats laborals –les que exigien major dedicació i responsabilitat– i així també vaig poder dedicar més temps a les activitats personals pendents que més necessitava o desitjava realitzar. Quan arribà l'etapa simptomàtica i de la quimioteràpia vaig conservar l'activitat docent i la de l'oci procurant ser fidel al meu hàbit físic recreatiu que em mantenia en forma els últims anys. Tenia l'experiència prèvia que aquesta activitat física a més del goig personal em feia el treball més productiu i m'alliberava de l'estrés. El resultat fou molt positiu. No sols feia la vida normal habitual, també durant els sis mesos dels cicles de quimioteràpia hi hagué dies amb miàlgies i molèsties, que eren refractàries als fàrmacs analgèsics habituals, que vaig superar forçant-me a caminar pels paradisos de casa durant bones estones: el meu hàbit d'exercici físic, a més del goig de sempre, en aquesta situació també fou una teràpia analgèsica exitosa.

També en aquesta etapa de la malaltia vaig desenvolupar les activitats personals que em generaven més inquietuds i goig. Els meus gojos de sempre m'havien ajudat en la malaltia; i eixiren reforçats després de passar-la.

³ WAGENSBERG, J. (2007) *El gozo intelectual. Teoría y práctica sobre la inteligibilidad y la belleza*. Barcelona, Tusquets. Colección Metatemas.

ja o no prioritzar en raó del risc potencial de pèrdua de salut pel dany que pot ocasionar.

Els gojos i els gustos són mutables, i la complexitat del valor de cada goig és personal. Gojos sensorials, espirituals de tot tipus –estètic, psicològic, estilístic, religiós–, materials, intel·lectuals, afectius, culturals; gojos d'alliberament –del dolor, de la incertesa, de la pena–, gojos de l'acció, de la inacció... Podem posar punts suspensius.

Si volem treballar en la salut de les persones respectem els gojos personals, i en tot cas ajudem-les, si hi estan disposades, a que mute aquell goig amb risc de salut si el tingueren. I, si estan malaltes, bo seria suggerir que valoren l'ús dels que hi troben oportuns, possibles i desitjables.

Reajustem els gojos amb les possibilitats que ens ofereix el dia a dia. La capacitat personal d'adaptació als canvis és la que ens permet reajustar-los. Aquesta capacitat és un valor clau en l'assoliment de salut i felicitat, i, per tant, una qüestió a considerar en els processos de valoració diagnòstica abans d'establir un pla d'intervenció, sia preventiu, terapèutic o rehabilitador. Una part important de la medicina és açò que estem dient.

La relació del malalt amb la malaltia i el procés biològic alterat

La malaltia pot ser font de canvis de tot tipus en les persones; de vegades lleus, de vegades extrems. L'afectació pot abarcar els espectres biològics, psicològic i social amb un pes relatiu de cadascuna d'aquestes dimensions i de manera diversa.

Sols ell, el malalt, sap o sent allò que més li afecta o preocupa. Cada malalt és un món particularitzat.

El metge clínic, davant el pacient, ha de posar el focus en la persona, i des d'aquesta atendre el procés de la malaltia en el context en què es desenvolupa i en allò que sent i requereix el malalt. Per tal de fer-ho així necessita establir una relació amb el malalt per intercanviar informació i aconseguir un flux bidireccional per tal d'entendre's i portar a bon termini els objectius o els motius que els han dut a l'encontre.

La relació metge-malalt exigeix del metge no sols un coneixement científic de la malaltia, sinó també formar-se en relacions humanes, donat que és una condició professional de primer ordre.

Com totes les relacions humanes, pertany a l'àmbit social, i des de les aportacions de Bertalanffy i Thaier en psicologia sabem que aquesta relació interpersonal a través de la comunicació portarà a establir un sistema social de dos individualitats com una unitat nova, ben diferenciada, que funciona com un tot nou que és més que la suma de les dues parts, amb un intercanvi circular de missatges –verbals, paraverbals, de llenguatge corporal i d'altres de context– entre els interlocutors, i amb una retroalimentació que permet autoregular la dinàmica dels successius missatges, facilitant, així, un millor enteniment entre les dues parts.

Des que es va començar a aprofundir en la importància de la relació metge-malalt, els avanços de la psicologia i les ciències de la comunicació han aportat les eines de treball que necessita el metge clínic. És una fal·làcia creure que l'experiència de molts anys de professió en la relació metge-malalt atorga, *per se*, i encara que no es tinga una preparació específica en

aquest camp, un certificat de bon fer. L'experiència personal sols dona informació del que s'ha percebut en allò que s'ha fet, i res més. Si algú sols ha treballat amb el paradigma biomèdic com a referent o amb el model paternalista de posicionament vertical, no ha obtingut experiència en la relació horitzontal amb el malalt i, per tant, de poc li aprofita en aquest cas.

La formació mèdica actual en la concepció clínica bàsica, en termes científics hauria d'estar reglada per assolir coneixements, habilitats i destreses amb la integració de la teoria i la pràctica. Els professionals sense experiència en aquest model comunicatiu sabran si han de considerar una posada al dia, encara que tal vegada es tracte més de tenir una voluntat de canvi d'actitud relacional.

El que no avança. Els dèficits del desenvolupament

En un ambient de creixement científic i tecnològic tan accelerat com l'actual afloren constantment desajustos en l'encaix de les tasques de la praxi clínica. Està en desús la comunicació interpersonal de la relació metge-malalt, l'eina que ens permet guiar-nos pel paradigma de l'atenció a la persona malalta.

El problema és que les bondats de les noves aportacions tecnològiques per a la resolució dels processos biològics atrau l'atenció i facilita el seu ús, tant si és racional com irracional; i en conseqüència està sustraent el temps i altres recursos que haurien d'estar destinats a l'atenció de les altres dimensions de la praxi clínica.

El problema no és recent. Acabada la Segona Guerra Mundial, el desenvolupament tecnològic impulsat en el seu curs, tingué el

seu impacte en el creixement del coneixement mèdic, i la indústria desenvolupà la tecnologia mèdica i la farmacologia.

Coincidia, en el temps, amb el naixement de l'Estat del Benestar; i als estats es desenvolupà la promoció de polítiques d'atenció a les necessitats bàsiques de la població en base a tres pilars: l'educació, la salut i l'ajut social.

Això suposava destinar grans recursos econòmics al seu desenvolupament. La ciència creixia, la indústria creixia i la procura estatal pel benestar de la població es promovia actuant amb major o menor predominància en cadascun dels tres pilars. D'alguna manera s'esperava una certa harmonia en el seu desenvolupament en paral·lel. Si arribà a existir aquesta harmonia, poc durà, en tot cas.

Als anys setanta i vuitanta hi hagué una crisi econòmica, i els estats que havien iniciat el procés renovador començaren a reduir i qüestionar les polítiques de recolçament a l'Estat del Benestar. I l'ajut es va desajustar en les àrees d'inversió més enllà del que podríem considerar harmònic.

El coneixement mèdic de la dimensió biològica de la malaltia continuà creixent de la mà del desenvolupament tecnològic amb les intervencions de les indústries tecnològiques i financeres que trobaren en aquest camp una font de creixement en tots els sentits (de bondat i de negoci).

La medicina clínica seria una usuària preferent dels productes de la biotecnologia. Paralelament, la formació dels professionals mèdics, iniciada als estudis de la llicenciatura, seguiria els patrons doctrinals d'aquest perfil biomèdic basant-se en que "la novetat" podia millorar el diagnòstic i el tractament del procés biològic –allò que constituïa el focus del paradigma

biomèdic. Altres dimensions de la malaltia i l'atenció global al malalt no foren objectius per a invertir en el seu desenvolupament.

Aquest paradigma biomèdic, a més, va prosseguir amb el seu domini aprofitant el model paternalista de la relació metge-malalt.

En absència de sistemes de control i de comitès d'ètica sensibilitzats en els usos de les noves eines diagnòstico-terapèutiques i en la valoració de les seues bondats i riscos, els professionals crítics apreciaren fets flagrants de l'assistència mèdica i sanitària molt preocupants. La crisi econòmica dels anys setanta agreujà la situació anterior. Dos epidemiòlegs, Cochrane (1971)⁴ i McKeown (1976),⁵ posen en dubte el poder curatiu d'aquesta nova medicina i denuncien que aspectes fonamentals de l'assistència mèdica pasaben a un segon pla o a l'oblit. S'observava que els abusos de la praxi desplaçaven l'atenció correcta i relegaven les necessitats assistencials dels malalts. El desequilibri era inacceptable.

Hi hagué polèmica sobre aquests treballs, i altres autors, alguns de renom clínic com Beeson (1980),⁶ intentant neutralitzar aquestes denúncies, defensaven els avanços en la terapèutica farmacològica dels últims cinquanta anys derivats del desenvolupament tecnològic. S'establí una polèmica que estigué de moda i fou publicada en grans revistes mèdiques

⁴ COCHRANE, A. (1971) *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services*. London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

⁵ MCKEOWN, T. (1976) *The Role of Medicine: dream, mirage or nemesis?* London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

⁶ BEESON, P.B. (1980) "*Changes in Medical Therapy During the Past Half Century*". *Medicine* 59:79-99. P.B. Beeson era molt conegut per ser editor de dos tractats de medicina, els coneguts com "el Cecil" i les primeres edicions de "el Harrison".

d'impacte. Sorgia així una crisi en el pensament mèdic que tingué veu als congressos i reunions de col·lectius mèdics que treballaven en la necessitat de recuperar la racionalitat en la reflexió sobre el complex salut/malaltia.

A Espanya, aquests plantejaments i necessitats correctores tingueren bona llum l'any 1976 en el període de transició pre-democràtic. El metge de capçalera Jordi Gol fou impulsor del moviment per a una nova cultura mèdica en la celebració del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana⁷ en la ciutat francesa de Perpinyà –un congrés especial pel moment històric que reprenia la posada en marxa de les convocatòries periòdiques iniciades a primers de segle, després del silenci imposat als anys de la dictadura.

El talant humanista i ètic de Jordi Gol, amb l'influx de l'escola de Letamendi, fou un referent en la dinamització d'aquest nou moviment quan insistia en el lema clínic de tractar persones, no malalties –com ja ho deia el clàssic d'aquesta escola– però, ara, amb un nou referent del concepte de salut ben distint del simple fet de l'absència de malaltia que s'acompanyava del model relacional paternalista. Ara, el referent de la salut implica els aspectes positius de la manera de viure de la persona, una definició sorgida en el congrés citat; i pel que fa a l'atenció al malalt s'obria pas a potenciar la proximitat en la relació metge-malalt i al desenvolupament de la xarxa assistencial per a la cura més integral i multidisciplinar: un modern enfocament global de l'assistència. En un ambient de canvi de sistema polític se creava el GAPS –*Gabinet d'Assessoria i Promoció de la Salut*– com “expressió del primer intent, ampli i plural, de sistematització i recuperació de la racionalitat en

⁷ JORDI GOL (coordinador) (1978). La Salut. En: X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Llibre d'Actes (381-413). Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears i Societat Catalana de Biologia.

la reflexió sobre el complex salut/malaltia i el paper que li pertoca al sistema sanitari en una societat moderna”, segons paraules de Nolasac Acarín,⁸ psiquiatre, un dels fundadors i directores, amb Jordi Gol, del citat gabinet.

S’elaboraren informes de col·lectius multidisciplinars de professionals sanitaris –de diverses àrees d’especialització i treball– i de professionals no sanitaris motivats i implicats en l’asesorament tècnic; informes amb un impacte molt notable i influent en el desenvolupament de les reformes sanitàries que s’estaven gestant a nivell estatal i en les dues autonomies –l’andalussa i la catalana– amb competències en la gestió per dur a termini la reforma sanitària.⁹

El 1986, el CAPS publicà un llibre, “*El repte sanitari*”,¹⁰ amb aportacions d’autors que havien participat, des del principi, en els projectes i informes referits. El que resulta interessant d’aquesta monografia –en memòria de Jordi Gol– és el relat de problemes que s’abordaren al seu dia, les propostes que es feren i, també, la crítica de la realitat del que havia succeït en el transcurs de deu anys més enllà dels desitjos i els esforços.¹¹

⁸ ACARÍN, N. (1986) Passats deu anys de projectes. En: *El repte sanitari* (11-19) CAPS, Barcelona.

⁹ En paraules d’Acarín, l’administració sanitària d’Andalusia, amb un esforç d’imaginació i decisió reconegut, fou un exemple únic de voluntat i tenacitat per portar a termini la reforma aplicant en gran part les propostes de dos informes del Gabinet d’Assessoria i Promoció de la Salut GAPS dirigits per Jordi Gol i altres.

¹⁰ Diversos autors (1986). *El repte sanitari*. Ed. CAPS, Barcelona.

¹¹ En un exercici d’autocrítica, Acarín valorava el que havia canviat en els últims deu anys després d’iniciar-se el moviment reformista, constatant les dificultats reals per aconseguir assoliments assistencials, estructurals i funcionals, en un context il·lusonant de canvi quan els interessos a atendre són molt variats en l’ampli marc de les necessitats d’un nou sistema polític. I també se constata que més enllà de la necessària utopia dels reptes sanitaris “se necessiten actituds serenes i una comprensió científica de la realitat”.

J.M. Antó descriu be el procés de la crisi.¹² Les preguntes que havien denunciat la crisi sanitària dels setanta reclamant un nou paradigma eren clares: per a què han servit fins ara els nous procediments?, què li passa a aquest pacient?, quina és la utilitat real d'un determinat procediment o terapèutica?, els pacients es beneficien de les potencialitats terapèutiques de la medicina? Era el que havien denunciat Cochrane, McKeown y Hart anys enrere, els quals també havien participat el 1982 en els seminaris sobre la Reforma Sanitària del GAPS. Hi havia una base documental que evidenciava científicament aquests postulats.

En aquest període, segueix el creixement tecnològic de tot el nou arsenal de la indústria biomèdica, producte de la inversió prioritària del món financer, que va influir en les polítiques de prioritzar les inversions en les institucions hospitalàries i en els serveis de les especialitats mèdiques, mantenint-se així la dificultat de comunicació entre ambdós àmbits (hospital i especialistes *vs.* metge de capçalera). En quest context, els valors dels serveis del metge de capçalera no llueixen.

La declaració d'Alma Ata de 1978 marcà una fita històrica perquè per primera vegada s'havien reunit les veus dels representants de molts països –164– i d'organitzacions internacionals no governamentals convocats per la OMS i la UNICEF. El document mostrava dos punts importants:

- 1) Defenia la salut com “dret humà fonamental” per promoció-la universalment.
- 2) El centre referencial de l'assistència donava protagonisme a l'atenció primària. Aquest sembla ser el punt d'inflexió del desenvolupament de l'assistència sanitària des de la visió global de la salut pública.

¹² ANTÓ, J.M. (1986). La crisi de la medicina. En: *El repte sanitari* (21-29) CAPS, Barcelona.

Pel mateix camí

Aquests moviments pel canvi en els sistemes sanitaris tenen punts en comú. El treball de denúncia de Cochrane i McKeown foren referents com impuls i motivació per a frenar el descontrol de la praxi clínica. La nova definició de la salut i els fòrums pel canvi del grup català aportaren un excel·lent impuls per a desenvolupar el treball clínic amb l'atenció a la persona malalta. La declaració d'Alma Ata feia la petició pel canvi universal.

Quin pes tingueren aquests moviments de nova cultura mèdica per assolir avanços i canviar el rumb dels desviaments existents?

L'evolució dels canvis en el transcurs dels últims cinquanta anys ha sigut diversa i irregular. El desenvolupament de la medicina clínica en el marc de la consideració global del malalt segueix tenint esculls en la medicina tecnificada i troba entrebancs per a la seua implantació. Hi ha autèntiques barreres per als canvis des de diversos escenaris.¹³

Consideracions sobre la dinàmica del creixement tecnològic

La ciència és el referent del coneixement que sustenta el desenvolupament. Però la ciència i la tecnologia no ho són tot.

En el món de la realitat, la ciència és la que és, i gran part creix pels camins escollits pels promotors que la sustenten.

¹³ LLÀCER ESCORIHUELA, A. (2012). *Fisiopatologia de la medicina quotidiana. Entrebancs al camí de l'excel·lència*. (discurs de recepció com a membre numerari de la Secció de Ciències Biològiques). Institut d'Estudis Catalans. Barcelona.

L'acumulació constant de coneixement i els canvis que genera defineixen l'àmbit en què s'estructura i es mou tot: el de la complexitat i la dinàmica del desenvolupament. Un desenvolupament constant que ajuda a expandir el coneixement i créixer en moltes direccions. Els avanços tecnològics i molts dels seus productes ens milloren, en general, als humans. En aquest sentit positivista cabria dir que qualsevol temps passat fou pitjor. Estem millor gràcies a la tecnologia. Seguint a Eudald Carbonell al seu llibre *Encara no som humans*,¹⁴ en què analitza l'evolució, la tecnologia ens fara humans. Si no, podem dir que, al menys, més humans.

Altra qüestió ben distinta és l'objecte tecnològic que es fabrica; i en el terreny de la medicina, en cas de ser bo per a l'ús clínic, hi haurà que contestar a varies preguntes:

Bo per a què i per a qui?

A costa de què s'ha desenvolupat?

Què implica el seu ús directa i indirectament? i

Quins efectes desitjats i quins efectes col·laterals cal esperar?

Aquesta és la qüestió que ens pertoca en la línia dels problemes exposats.

Hi ha un desenvolupament tecnològic que cal destacar pel seu gran impacte positiu:

La ciència de la comunicació ha avançat de manera impressionant amb el desenvolupament de la tecnologia aplicada, fet que ha propiciat el creixement en totes les àrees del coneixement i en millorar molts aspectes de la nostra vida. Amb el desenvolupament de les xarxes, la transmissió oberta del coneixement és una autèntica revolució al permetre que certes fons

¹⁴ CARBONELL E., SALA R. (2002). *Encara no som humans. Propostes d'humanització per al tercer mil·lenni* Ed. Empúries.

d'informació estiguen a disposició de la població. Aquests avanços estan canviant el panorama i ens donen esperança per assolir futurs possibles.

Respecte als avanços científics i tecnològics, en l'àmbit clínic de la medicina podem diferenciar dos vessants:

Un és el referit a la formació professional i als sistemes de gestió i administració clínica; l'altre es refereix als productes resultants de la recerca biomèdica i biotecnològica que entren en joc com a productes comercials.

Gestionar en paral·lel els dos vessants suposa entrar en un món amb molts interessos creuats en el joc de polítiques d'alta complexitat. En la pràctica no resulta fàcil compaginar-los perquè competeixen en l'obtenció de recursos per al seu desenvolupament i ús.

Els avanços en les tècniques de la comunicació i la dimensió bio-psicosocial. El desenvolupament de les tècnologies de la comunicació ha sigut espectacular i il·lusionant, aportant elements tècnics d'anàlisi al desenvolupament de les ciències de la salut i de la gestió sanitària en la seua dimensió global; i també, a l'àmbit concret de la medicina clínica, facilitant la comunicació –tant en la relació metge-malalt com entre professionals–, el ràpid accés al coneixement, l'adquisició de destreses en tots els nivells, i la gestió del treball de cada professional. Vol dir-se que abarca tota la dimensió clínica de la medicina. Açò és important perquè la formació i les destreses adquirides de manera més accessible permeten treballar en la línia del ben fer a qualsevol escenari professional en el que puga exercir el metge.

A més a més, el factor temps, com a recurs necessari, pren valor davant les possibilitats de millorar altres activitats per l'alliberament i estalvi aconseguit amb les noves eines comunicatives. No es pot deixar en l'oblit aquesta nova disponibilitat. L'escursament dels temps de gestió i administració hauria de permetre un guany de temps de dedicació a la relació metge-malalt. Però, malauradament, en la pràctica aquest guany de temps es dedica, en tot cas, a altres activitats de l'àmbit biomèdic o de gestió administrativa.

Els avanços en el vessant biomèdic també han sigut espectaculars; la biotecnologia dona bons fruits per a conèixer, resoldre o mitigar molts problemes biomèdics clínics. Endemés, tenen molta visibilitat en la societat per la propaganda i promoció que fan la indústria, les administracions de les institucions i els metges clínics implicats. Però els seus fruits són els que són; i no s'han de anotar al seu compte els aportats per altres fonts, com la higiene, el coneixement general, el nivell cultural, social i educacional de la gent i el desenvolupament de les estructures socials en què es mouen.

D'altra banda, en medicina, els fruits de la tecnologia aplicada s'usen amb fins comercials per una doble característica que els fa òptims per a promocionar-los: una és la bonança de l'avanç aconseguit per a la resolució de problemes de salut; l'altra és que el nou producte fabricat per a millorar el que hi ha, pel fet de ser novedós, és un reclam comercial, i això en el món de les misèries, mancances o penes de salut que ens proporciona la naturalesa sempre ha sigut una font d'esperança i de desig per sortir-se'n.

El ganxo comercial de les novetats com a eina per convèncer del seu ús i obtenir benefici propi, amb o sense engany, existeix

des que els animals tenen cervell i capacitat d'ingeni. Des de les etapes més primitives, les històries dels humans mostren experiències de tot tipus en aquest marc de relacions. Els productes novedosos sempre han tingut un atractiu comercial. En medicina, el problema no és l'estrictament comercial sinó l'engany en l'ús comercial. I és des d'aquest punt d'on venen les desviacions de l'ús honest: aprofitar el producte novedós per a comercialitzar-lo obrint el mercat al màxim dels possibles utilitzant tècniques mercantils amb tot el que permeten les regles del joc als distints escenaris politico-legals del món, i de vegades més enllà. Les estratègies de penetració en el mercat comprometen xarxes d'actuació complexes de difícil control. La comercialització de la producció industrial penetra per aquests camins on la deessa cobdícia els alberga. En aquest ambient, aquesta deessa del sistema de consum pesa molt en la creació de corrents d'opinió perquè domina i inverteix als mitjans de comunicació, molts dels quals estan a les mateixes xarxes de poder. I l'èxit de la influència de la indústria en l'opinió de la ciutadania segueix creixent. Cal recordar que en els plantejaments comercials de les grans empreses s'intenta captar clientela amb estratègies elaborades per a cada camp de consum i els seus mediadors. En medicina, els pacients, els prescriptors, les administracions, els polítics... Tota la gama dels possibles.

El desencontre amb la necessitat. Els canvis i no canvis des de les il·lusions utòpiques

Han passat més de quaranta anys, i molts dels problemes denunciats des dels anys setanta persisteixen. S'avança en els sistemes de control dels productes industrials de la biomedicina, en els controls dels procediments diagnòstics i terapèu-

tics, i en la gestió dels serveis sanitaris. Però els grans problemes segueixen ací, perquè, entre altres motius, els serveis sanitaris que s'ofereixen competeixen entre si en el repartiment de recursos que es destinen a l'ús i el desenvolupament. I és en aquest punt on l'administració i la gestió dels serveis han d'establir les seues polítiques de distribució de recursos i, al temps, reclamar sistemes de controls sobre la qualitat i el valor real dels productes que adquireixen i gestionen. Però la realitat demostra que hi ha molts interessos que es creuen al camí i impedeixen el progrés i els canvis sol·licitats.

Una llum al camí?

Tal vegada, el progrés de la ciència i la tecnologia en la comunicació permeta un canvi qualitatiu de pes que trenque les barreres del progrés assistencial. Cal, però, per part dels ciutadans i dels professionals sanitaris, estar convençuts de la seua necessitat i una voluntat exigent i perseverant per enfrontar-se als obstacles amb tenacitat.

La història dóna mostres de la voluntat i la col·laboració entre els implicats afectats per un problema per assolir canvis positius. Els programes d'assistència multidisciplinar per a l'atenció personalitzada als malalts crònics comencen a despuntar per l'empeny dels professionals clínics que han creat equips i programes de pacients amb processos especials –com els d'alta prevalença i dificultat de control, risc d'afectació de la qualitat de vida i estadis avançats de malaltia–; vol dir-se, els més necessitats de cures mixtes de medicina i d'infermeria, i, en certes situacions, de psicologia i assistència social, integrant el control hospitalari amb l'ambulatori dels centres de salut, i domi-

ciliaris si ve al cas. Equips que per a la posada en marxa i l'assumció de la gestió del control cerquen recursos allà on és possible.

És, en aquest àmbit assistencial d'equips inter i multidisciplinars per als crònics, on es presta l'atenció personalitzada als malalts en les etapes de malaltia que requereixen que se'ls ensenye i ajude a afrontar-la, a conèixer-la i aprendre com portar l'autocontrol i la cura integral, on es fa visible la resposta de compassió inherent a la professió dels clínics. La proximitat quan hi ha necessitat.

Aquesta és una oportunitat per a que aquests equips facen factibles les cures de medicina i d'infermeria –cadascuna té les pròpies–, les quals, en els escenaris actuals tenen poques oportunitats per a desenvolupar-les, tot i ser elements constituents del rol que defineix les respectives professions.

L'assistència sanitària integrada

L'assistència sanitària integrada necessita una base estructural i/o funcional per a ser gestionada i donar estabilitat al seu sosteniment. Actualment, al marc del servei públic hi ha exemples d'èxit d'aquesta modalitat assistencial inter i multidisciplinar; pertant, ja no es tracta d'un axioma, sinó d'una constatació.

Una bona relació metge-malalt és l'eina que permet obtenir el diagnòstic del perfil personal del malalt. El metge d'atenció primària, o equivalent, és el que pot integrar la informació dels processos biològics de cada malalt per a disposar del perfil de diagnòstic global i establir una via d'assistència har-

monitzada a través de la comunicació amb altres professionals especialistes per tal de dur enlloc els programes d'acció on i quan siga oportú.

Hi ha unes condicions mínimes de temps i espais per a portar endavant una bona relació metge-malalt. Si l'eix de l'assistència va a recaure en la consulta cal ser congruents atenent aquestes condicions i potenciant la imatge del que es pretén donar valor. Cal disposar de temps i, al menys, d'un mínim d'altres recursos per assegurar un ambient de caliu en el procés de comunicació, per a la recollida de dades d'interés de la particularitat de cada cas, i l'atenció requerida.

Amb independència del sistema i de l'administració de l'assistència prestada –pública, privada de companyies asseguradores, o lliure sense altres lligams– i del metge elegit pel malalt –si ve al cas–, en tots els àmbits de la medicina clínica cal abordar l'assistència al malalt amb l'atenció a la seua particularitat bio-psicosocial. Cal avançar seguint aquest paradigma.

De no seguir creixent en aquesta direcció, allò que s'ha denunciat reiteradament des fa cinquanta anys, seguirà el camí errat de la irracionalitat i la ineficàcia derivades de la desatenció a la persona amb els efectes indesijats que es poden generar¹⁵ (potenciar la dolència o el patiment en compte de alleugerir-la, potenciar l'angoixa que ja hi tenia abans de la consulta, no pensar en alternatives que milloren la qualitat de vida, aconsellar conductes o models teòrics sense tenir en compte les circumstàncies i la història concreta de la persona, no

¹⁵ VALLS C.; MORLANS M. (1986): Sobre l'ofici del metge: l'acte clínic. En: *El repte sanitari* (47-55) CAPS, Barcelona.

individualitzar el tractament ni seguir pautes terapèutiques sense explicacions ni possibilitats d'adaptació). O el que vingué anys després (tirar de receptari o de peticions d'exploracions diagnòstiques amb repeticions injustificades). I sobre tot, la percepció professional de treball rutinari i tediós.

Si sempre no és així, perquè les coses van canviant, la nova etapa de major creixement de productes d'ús clínic acabarà caient en el model que Victor Montori¹⁶ anomena *Atenció Mèdica Industrialitzada*, amb l'objectiu de proveir serveis, més que atenció a la persona. Vol dir-se, molt a la americana actual, comercial: en els temps dels mitjans de comunicació, una deriva més en la línia de l'error que hi haurà que corregir o evitar. Una cosa és proveir serveis especialitzats en un sistema assistencial estructurat i respectant la relació metge-malalt que contempla la perspectiva global del malalt; cosa ben diferent és guiar-se amb l'atenció decantada en les dades biomèdiques siguen o no d'interès i importància en el conjunt del complex malalt. És evident que l'aposta per la implantació i la promoció de la prestació de serveis amb aquesta dinàmica és un objectiu de la indústria sanitària i dels sistemes assistencials privats amb la finalitat d'obtenir beneficis econòmics. El malalt és el subjecte que consumeix el seu producte. Per convèncer-lo i atraure'l al seu negoci, el sistema utilitza els mitjans comercials a l'ús de la societat de consum. Aquest marc assistencial de la

¹⁶ MONTORI, V. (2020): *La rebelión de los pacientes*. A. Bosch, Barcelona. Es tracta d'una traducció de l'original *Why We Revolt* (2020, 2^a. ed.) per a la divulgació d'una proposta de lluita contra la medicina industrialitzada, i la promoció de la medicina cuidadora i amable, avalada per organitzacions de bioètica de primer ordre. L'autor, metge peruà graduat a Lima, és endocrinòleg de la Mayo Clínic, catedràtic de Medicina, clínic i investigador, membre de nombroses organitzacions de bioètica de prestigi i cofundador de *The Patient Revolution*, una fundació per a la lluita contra la medicina industrialitzada.

priorització d'actuacions “necessàries” indicades o suggerides pel metge en què no s'atenen amb cura els interessos, les necessitats, els dubtes ni l'opinió dels malalts és un greu error. Cal dir-ho clar: aquest no és un procedir científic ni professional. Sugerir o crear una necessitat a un malalt amb tècniques comercials no és medicina en sentit estricte. També, la deriva assistencial seguint la via de la provisió de serveis deteriora la relació malalt-metge i infra-estima el seu valor. El metge està subjecte a la dinàmica imposada pel sistema de provisió de serveis.

Montori exposa la realitat de la implantació de la medicina industrialitzada que segueix aquesta dinàmica nociva. En síntesi, les característiques més destacades d'aquesta praxi clínica (algunes les podem reconèixer al nostre àmbit), són:

- *La relació metge-malalt s'estableix, conduïda pel metge, amb una dinàmica ràpida i prestant més temps a les dades registrades de l'ordinador, que, a més són dades de malaltia, sense parar atenció a la persona pacient de qui apenes té una imatge borrosa.*
- *Per pal·liar el dèficit d'atenció personal, el malalt disposa de guies pràctiques amb tasques –com llegir prospectes, consultar vídeos, preparar preguntes, gravar i revisar la visita, corregir la fitxa mèdica si cal i consultar guies d'autocures– que no solucionen els seus problemes.*
- *El resultat és un incompliment dels deures i el sotmetiment a una rendició de comptes amb el risc que se li asigne l'etiqueta d'incomplidor i irresponsable –un tracte de crueldat. Una part del fracàs d'aquesta modalitat d'assistència es mostra en tres dades: el registre dels temps de l'escena de la*

consulta dona un 40% dedicat a l'ordinador; un 40% de metges estan frustrats; i un 40% dels tractaments són insostenibles.

- *El diagnòstic del problema és la cobdícia de la prestació de serveis (veure més malalts, preus basats en el valor del que s'oferta). La programació del sistema és opressora convertint els metges i els malalts en víctimes frustrades. L'assistència considerada com una transacció comercial que veu el malalt com un consumidor és un greu error.*

L'alternativa que proposa Montori a la medicina industrialitzada és la medicina cuidadora i amable, basada en la conversa sense preses, amb densitat, profunditat, mantenint el ritme del malalt per veure el component biològic i el biogràfic, i prendre resolucions conjuntament. Els termes solidaritat, cura, atenció, amabilitat, integritat i elegància es contraposen als de cobdícia, burocràcia, transacció i eficiència que defineixen els dominis de la medicina industrialitzada.

Podem observar que aquesta aposta de Montori promou el seguiment del paradigma basat en la persona del malalt, en els moments d'una medicina cada dia més tecnificada i comercialitzada.

En un fòrum de discussió sobre la proposta presentada per Montori en el marc d'una sessió telemàtica d'una fundació de bioètica¹⁷ del nostre àmbit, des del col·lectiu mèdic del nostre entorn i de països llatinoamericans sorgiren qüestions relacionades amb l'evidència científica, amb les cures mèdiques i

¹⁷ Webinar de la Fundació Grifols, 15/7/2020. “La revolució del pacient”, amb V. Montori i N. Terribas, organitzada amb la Càtedra de Bioètica de la Universitat de Vic. Disponible en pàgina web de la fundació: (<https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/home>).

amb els temps assignats a les consultes per les administracions sanitàries. Hi hagué col·loqui entre els professionals sanitaris, les filòsofes de bioètica presents i Montori. En les conclusions, els missatges haurien de quedar clars:

- 1) Que no intenten despistar i confondre amb la necessitat de guiar-se per l'evidència. La medicina basada en l'evidència consisteix a fer el que s'està demanant sobre les cures dels metges, no el que diuen les guies si en la seua lectura s'elimina aquesta part.
- 2) Les cures mèdiques no han de confondre's amb les cures d'infermeria. Totes les professions sanitàries han d'oferir i prestar les seues cures. Cuidar, tenir cura, és un valor social en tots els àmbits i més en el dels humans necessitats. La cura i la solidaritat són intrínseques a l'éser humà per la seua inqüestionable condició social; com també ho és el patiment, i no tot el patiment requereix resposta mèdica.
- 3) Sobre els valors i l'evidència científica: la medicina cuidadora té sentit emocional, i això mateix li proporciona evidència científica.
- 4) Sobre la limitació de temps en la relació metge-malalt: si no canvia el criteri actual des de la base i segueix l'abús per a rendibilitzar la cartera de prestacions a costa d'expropiar el temps que cal dedicar a la relació metge-malalt, hi hauria que manifestar-se en protesta i oposició a aquest sistema assistencial de model comercial, fent una mena de revolució pacífica de gran impacte marxant en masa metges i malalts a la manera d'aquella marxa conjunta d'americans de totes les races després de l'assassinat racista de Martin Luther King. O amb qualsevol manifestació d'exigència pel canvi necessari.

5) Cal propagar per tots els mitjans la necessitat de lluitar pel canvi.

Per la via de la medicina industrialitzada, s'aprofundeix en la dinàmica de l'error guiada pel criteri comercial i la cobdícia, amb l'aliança del paradigma biomèdic i relegant o obstaculitzant l'atenció al malalt com a persona; vol dir-se, abandonant el paradigma bio-psicosocial, o el que és el mateix, apartant, encara més, la praxi mèdica de la raó de ser de la medicina.

Epíleg

No ha sigut ni és fàcil, a l'àmbit de treball actual, exercir la praxi clínica amb un paradigma que atenga i respecte el component humà del malalt. La ciència mèdica creix amb el desenvolupament tecnològic, i tot el llast que comporta el mercat de la indústria tecnològica afecta els sistemes assistencials sanitaris. Des que acabà la Segona Guerra Mundial, el pes d'aquest domini comercial trenca la lògica d'atendre la persona malalta; i la prioritat de l'assistència gira cap els processos biomèdics detectats i tractats amb les eines tecnològiques del mateix domini, tant si tenen etiquetes de malaltia com si no. El malalt esdevé client o usuari.

En aquesta dinàmica assistencial, el malalt és poc més que un portador de processos biològics que interessa en bona part com subjecte/objecte d'actuació comercial. No sempre és així, es clar, però els sistemes i les empreses del sector s'organitzen i administren amb la pressió del poder a que estan sotmesos, afavorits pel *modus operandi* dels paradigmes biomèdics que interessen al mercat. Al món mercantilitzat de la

medicina, el patró de metge paternalista junt al paradigma biomèdic frenen l'exercici i el desenvolupament de la medicina humanitzada.

Les greus conseqüències de les polítiques denunciades fa més de cinquanta anys i la persistència del paradigma mèdic errat tenen el seu seguiment en la medicina industrialitzada regida per les lleis del comerç.

En els temps actuals de progressiu desenvolupament tecnològic, de nous escenaris i diversitat de prestacions de serveis, la funció del metge clínic ocupa un determinat lloc en un ampli espectre assistencial en què l'especialització clínica, el treball interdisciplinari i la gestió del propi treball personal definiran el grau i la parcel·la de la seua participació. Des del metge generalista a l'especialista, el professional clínic té la responsabilitat inherent a l'exercici de la medicina clínica d'assistir el malalt seguint un marc referencial bàsic i comú que defineix el seu procedir:

- 1) Assumir el paradigma bio-psicosocial de la praxi clínica posant el focus en la persona malalta i establint una bona relació professional que genere confiança per intercanviar informació, ajudar a la presa de decisions i oferir millors cures.
- 2) Qualsevol que sia la seua especialitat, ha de sustentar el seu bagatge professional en el seu camp específic i en el coneixement biomèdic bàsic dels processos patològics del cos humà i la seua posta al dia del més significatiu per a no oblidar el marc biomèdic general en l'exercici del seu bon fer d'especialista.

Per a millorar el futur de la medicina clínica cal prosseguir en el que s'havia apuntat fa molts anys per a desterrar el paradigma de l'error. Vinga el que vinga amb els avanços tecnològics i els nous productes industrials, cal cuidar i lluitar pel paradigma del component humà del malalt. I bo seria no oblidar-nos dels seus gojos ni del referent conceptual de la salut amb els atributs positius per a una vida autònoma, solidària i joiosa.

Gràcies per l'atenció prestada.



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**La necesaria corrección del paradigma médico
en la praxis clínica**

DISCURSO DE INGRESO DEL ACADÉMICO HONORÍFICO

ILMO. SR. DR.

D. Àngel Llàcer Escorihuela

Léido el 1 de julio de 2021

VALENCIA

*¡Oh dioses!
¿Qué le pasa a Asclepio?
¡Estad atentos a los mortales!
Que les atacan los bichejos
y les acosan los gigantes.*

Sumario

Discurso de ingreso del académico honorífico, Ilmo. Sr. Dr. D. Àngel Llàcer Escorihuela, <i>La necesaria corrección del paradigma médico en la praxis clínica</i>	59
Agradecimientos e introducción	61
La base del paradigma	64
Fuentes del conocimiento de la enfermedad	71
La medicina de las personas	73
El conocimiento médico de la persona enferma	73
Una apuesta asistencial médica por el respeto al gozo del enfermo en su atención y cuidado	74
La relación del enfermo con la enfermedad y el proceso biológico alterado	78
Lo que no avanza. Los déficits del desarrollo	79
En el mismo camino	85
¿Qué peso tuvieron todos estos movimientos de nueva cultura médica para conseguir avances y cambiar el rumbo de los desvíos existentes?	86
Consideraciones sobre la dinámica del crecimiento tecnológico	86
El desencuentro con lo necesario. Los cambios y no cambios desde las ilusiones utópicas	90
¿Una luz en el camino?	91
La asistencia sanitaria integrada	92
De no seguir creciendo en esta dirección	93
Epílogo	98

DISCURSO DE INGRESO DEL ACADÉMICO HONORÍFICO

ILMO. SR. DR.

D. Àngel Llàcer Escorihuela

**La necesaria corrección del paradigma médico
en la praxis clínica**

EXCMA. PRESIDENTA DE LA RAMCV, PROFESORA CARMEN LEAL,
EXCMOS. E ILMOS. SRS. ACADÉMICOS Y MIEMBROS DE LAS INSTI-
TUCIONES PRESENTES,
QUERIDOS FAMILIARES, COMPAÑEROS, AMIGOS,
SEÑORAS Y SEÑORES:

COMO PUEDEN IMAGINAR VDS. hoy es un día feliz para mí en el que me siento orgulloso y con alta autoestima. Este ingreso como académico honorífico en la RAMCV, la de mi tierra, colma una etapa de mi trayectoria personal en la que, por suerte, he podido tener una vida social y profesional gozosa por el simple hecho de hacer aquello que me gustaba e ilusionaba.

Entenderán pues, mi agradecimiento a la Junta de Gobierno que me ha propuesto y a cada uno de sus miembros en particular.

Quiero agradecer al profesor Juan Viña la presentación de mi perfil curricular. De él tenía conocimiento directo de su exquisito gusto con los detalles, entre otros, por los libros de ensayo sobre la ciencia que desde el INCLIVA regalaba ocasionalmente a los servicios hospitalarios integrantes cuando él presidía la institución. Pero en esta ocasión sus palabras también denotan su perfil de persona afectuosa. Por eso quizás convenga matizar o pulir la parte meritoria de mi persona que ha expuesto con algunas circunstancias a tener en cuenta en la valoración global.

Con el profesor Juan Ascaso, desde hace unos años, cuando se empezaba a hablar del perfil cardio-metabólico, he com-

partido actividad docente en los foros de formación post-graduada y, sobretodo, criterios sobre la bonanza del placer en el perfil de la vida saludable.

En el caso de la vicepresidenta Rosa Ballester, hay una amistad desde los años de la licenciatura de medicina que se afianza con el tiempo en diversos escenarios de la universidad y de compañeros de curso “resistentes” que se quieren y se cuidan.

Y con la profesora Carmen Leal, desde que nos conocimos cuando fui consultor de cardiología en la sala de psiquiatría a principio de los años setenta, el vínculo de amistad llega a niveles de rango superior en la cercanía. Ha habido mucha vida médica, universitaria, familiar y de ocio compartida. No quiero excederme en este punto; la estética tiene sus límites y, a veces, el afecto no sabe encontrarlos.

Repasando los años relativamente recientes, falta un agradecimiento que no debe quedar en el olvido. El 5 de septiembre de 2008, el profesor Juan Brines, académico numerario de esta institución, vino a mi despacho del hospital y me propuso presentarme a una plaza vacante de académico numerario del perfil de Cardiología; consideraba idóneo que optáramos bien yo mismo, bien el profesor Chorro. No me presenté porque el profesor Javier Chorro, también estaba interesado en la plaza; y, por lo notoriamente meritorio de su excelencia, lo consideré apropiado, oportuno.

Estoy hablando de agradecimientos, de lo humano, del afecto, del gozo. Por esta vía va el discurso para este acto. De eso quiero hablarles en referencia al acto clínico del médico. Porque lo considero importante y necesario. Diría más: científica-

mente necesario, históricamente necesario. Con lo cual, con estos criterios considero justificada mi elección temática.

Pero antes de introducirme en el tema quiero hablarles de las bases que cimientan mis reflexiones sobre el mismo, sobre el valor que atribuyo a las cuestiones del afecto y lo humano. Unas son biográficas derivadas de la convivencia familiar y de la educación recibida en este ámbito. Mirando atrás, al poso que deja la percepción de los valores, las actitudes y las actuaciones presenciadas, nunca sabré bien si ya tenían rasgos genéticos o provenían del entorno donde uno se desarrolla. En todo caso, mi primer círculo familiar con mis padres y mis hermanos, creó el ambiente de ese perfil. Mi segundo círculo familiar creado con mi esposa, prosigue en las mismas con los aditamentos que aporta su talante de hacendosa del afecto y del cuidado en todos los ambientes; y en este núcleo familiar y con las nuevas generaciones de hijos y nietos, todos aprendemos de todos aliñando las peculiaridades de nuestras personalidades, vivas y más o menos aguerridas y chispeantes, o explosivas por momentos, con el bálsamo de los afectos y las entregas. Nos importa el marchamo del afecto. No lo digo como presunción –no es meritorio–, lo digo como peculiaridad de la forma de ser que influye en las trayectorias personales de cada uno, en mi caso como médico clínico, y por lo que puede explicar la elección del tema y la importancia que le otorgo para darlo por bueno para esta ocasión.

Más allá de este ámbito familiar, también las bases biográficas de los ambientes sociales, laborales y culturales que he transitado han consolidado los valores que defiendo sobre el paradigma de la atención médica.

Las afinidades aproximan las personas en torno a los valores que priorizan. Vas por los caminos de la vida que te ha tocado andar y encuentras los ambientes de relación en los que te sientes más en paz contigo mismo o más estimulado a participar en ese entorno. Mirando atrás y al presente ves lo que ha dejado poso en ti y te ha orientado a elegir tu senda. Afloran a la memoria las personas, los escenarios, los momentos y los proyectos que configuraban las preferencias, los gustos por los que decidías involucrarte. Miras tu biblioteca personal y allí, en las estanterías, están los tuyos, los documentos vivos, conviviendo en los espacios, entre los que no te habían impactado o gustado. Pero allí están todos, unos y otros, porque todos te configuraron y te ayudaron a marcar las acotaciones de lo que es cercano a ti.

Las bases y fuentes bibliográficas más específicas que guían estas reflexiones proceden del amplio espectro bio-psicosocial, y me parece apropiado porque es el que define el perfil de la medicina. Desde sus orígenes, la medicina clínica, es decir, la del acto médico, atiende a la necesidad de ayuda de las personas enfermas. Esa es su razón de ser, su esencia definatoria. Y esta esencia es una cuestión o condición intemporal.

La base del paradigma

El concepto médico ligado al contacto con el enfermo no puede renunciar a considerar cada uno de los tres elementos que lo constituyen –el enfermo, el proceso biológico (y/o psicosocial) anormal que produce la enfermedad y el médico clínico– ni los tres ejes que los relacionan entre sí. Un triángulo define el campo de la clínica, el escenario, situando los tres elementos

en los vértices, y las líneas o lados que los unen representan los itinerarios por donde transcurren las relaciones (Figura 1).

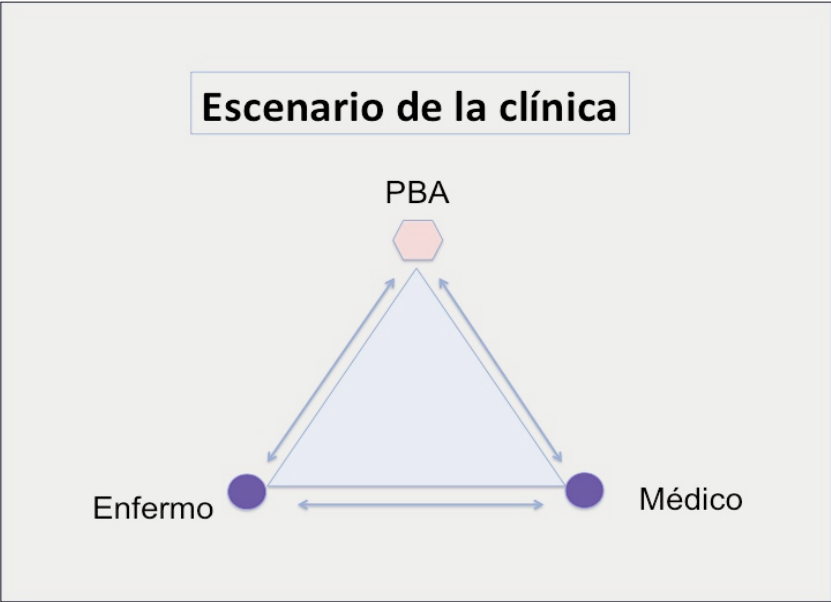


Figura 1. Escenario de la clínica. Elementos constituyentes e itinerarios que los relacionan.

Pongamos en la base del triángulo los vértices del enfermo y del médico, las personas; y en el vértice superior el proceso de la enfermedad, de naturaleza bien distinta.

El enfermo es el ser humano que desarrolla la enfermedad como consecuencia del proceso biológico anormal con capacidad para alterarlo.

El proceso biológico anormal puede ser de diversa naturaleza en relación con la percepción del enfermo (Figura 2):

- Una duda o preocupación por sensaciones de posible enfermedad, o hallazgos analíticos de revisiones de salud, o ante-

Inicio de la relación Enfermo-PBA

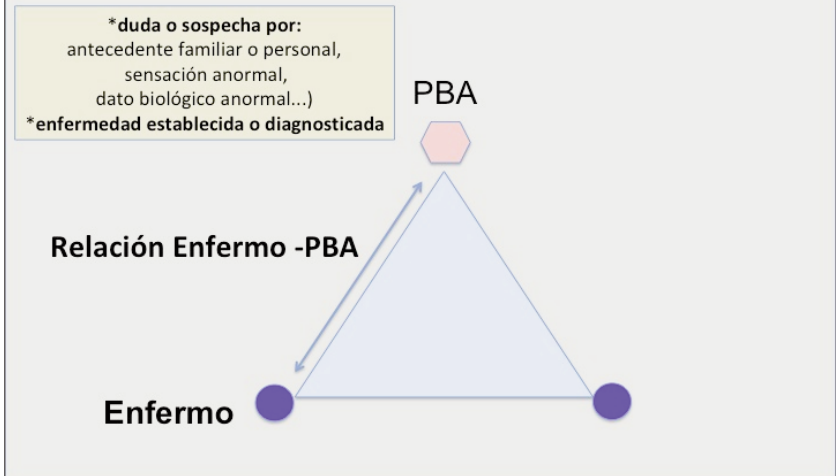


Figura 2. Inicio de la relación del enfermo con el proceso biológico anormal según la percepción y el conocimiento del mismo.

cedentes familiares o personales, o datos sospechosos procedentes de exploraciones especiales. O bien,

– Manifestaciones o diagnósticos establecidos de enfermedad.

Es importante tener presente que el proceso biológico anormal puede estar relacionado, o no, con una enfermedad en la persona en la que se desarrolla (Figura 3). Desde luego, hay casos de procesos biológicos alterados que no se manifestaron en vida y ahí estuvieron siempre pero no molestaron. Son los procesos biológicos alterados que no produjeron procesos de enfermedad (Figura 4).

El médico clínico asiste al enfermo con los recursos de lo que puede conocer y puede actuar siguiendo dos itinerarios

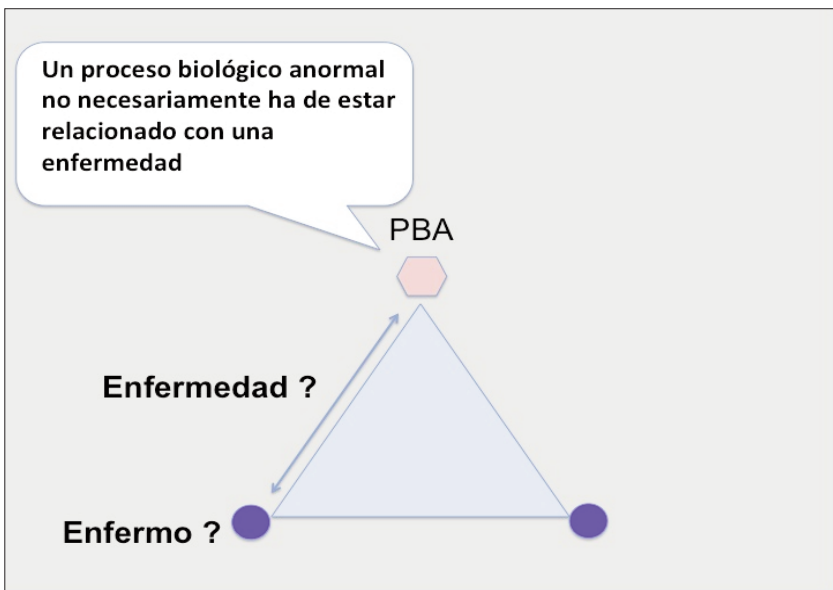


Figura 3. Proceso biológico anormal y su relación con la enfermedad.

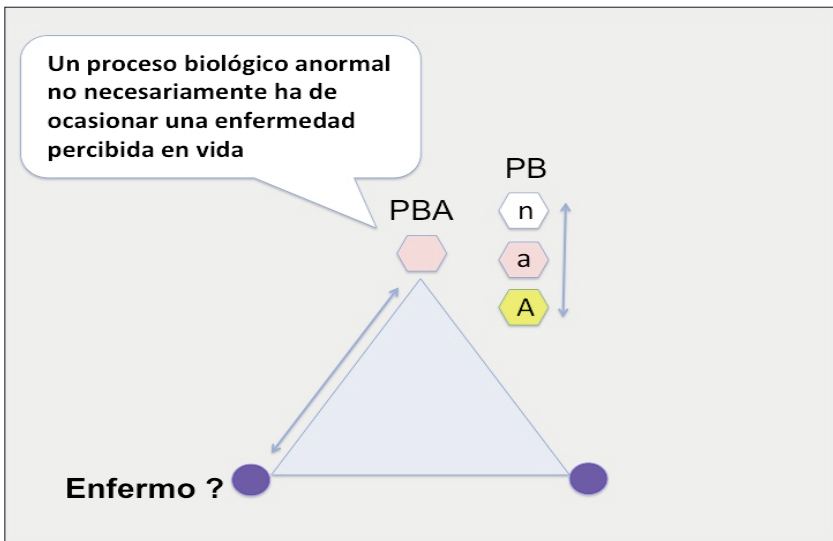


Figura 4. Proceso biológico anormal y la percepción personal de enfermedad en el curso de la vida.

de relación: uno con la persona enferma a través de la relación médico-enfermo; el otro con el proceso biológico y/o psicológico a través de la formación médica. Son dos itinerarios necesarios de conocimiento y destrezas diferentes que, también necesariamente, han de confluir para situar el caso concreto del enfermo en la dimensión global.

El conocimiento médico del proceso biológico, complejo y amplio, pertenece al campo de la ciencia biológica y las afines. La tecnología es clave.

La biomedicina es la rama de la biología orientada a los procesos biológicos de los humanos. La amplitud del espectro biológico y su complejidad compromete el trabajo investigador de una amplia gama de profesionales y científicos, incluyendo los médicos.

Solo una parte de los conocimientos científicos de la biomedicina se utiliza en la praxis clínica.

El enfoque del médico clínico dirigido a la enfermedad concreta del enfermo ha de considerarse en el marco del espectro bio-psicosocial de la persona, la globalidad, y no solo en el proceso biológico alterado relacionado con la enfermedad (Figura 5).

El paradigma médico enfocado a la biomedicina (paradigma biológico o biomédico) es distinto del paradigma del médico clínico (paradigma bio-psicosocial). Y si un mismo médico ejerce las dos actividades debería guiarse en cada una de ellas por su propio paradigma (Figura 6).

En la medicina clínica, la extensión de los conocimientos y usos de las herramientas tecnológicas y de otra naturaleza son de una complejidad creciente, y genera muchas especiali-

Enfoque del médico clínico

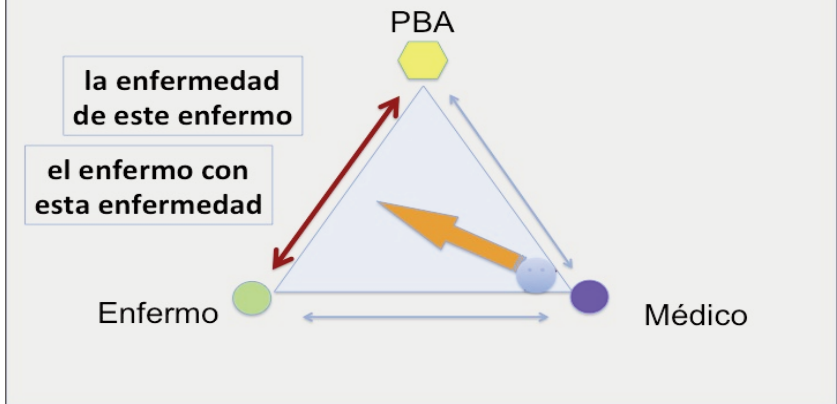


Figura 5. Espectro del enfoque clínico.

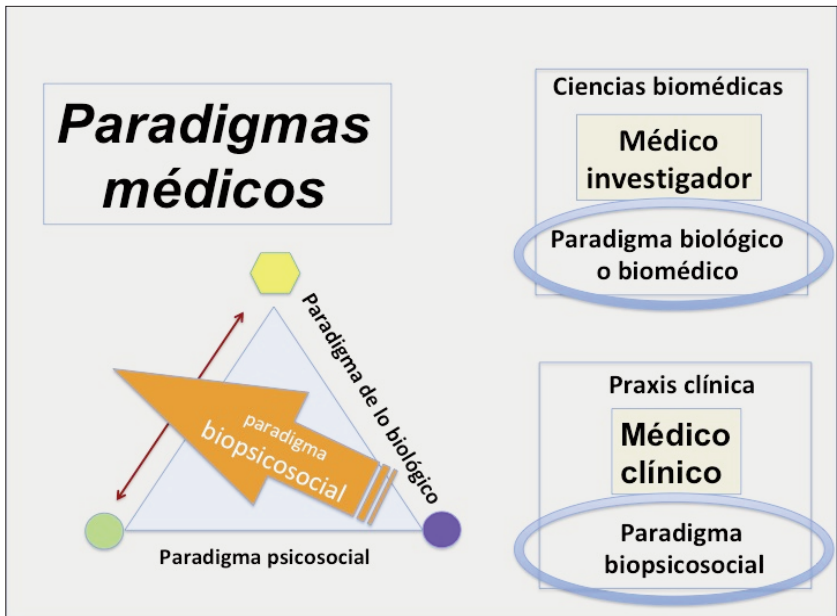


Figura 6. Paradigmas médicos según los escenarios de trabajo profesional.

dades con ramificaciones en cada una de estas. La naturaleza de la enfermedad indicará el nivel de asistencia requerido. En todas las especialidades clínicas el paradigma es el mismo, el bio-psicosocial.

Si el **paradigma clínico está equivocado**, es decir, si sigue la línea del proceso biológico anormal sin atender la dimensión psicosocial de la persona, se está obrando fuera del marco conceptual de la medicina, con el riesgo añadido de la búsqueda de datos biológicos y de la ejecución de actos, innecesarios o abusivos; y si solo se sigue la línea psicosocial, tampoco esto es medicina porque ignora el conocimiento del proceso biológico y las actuaciones profesionales pertinentes (Figura 7).

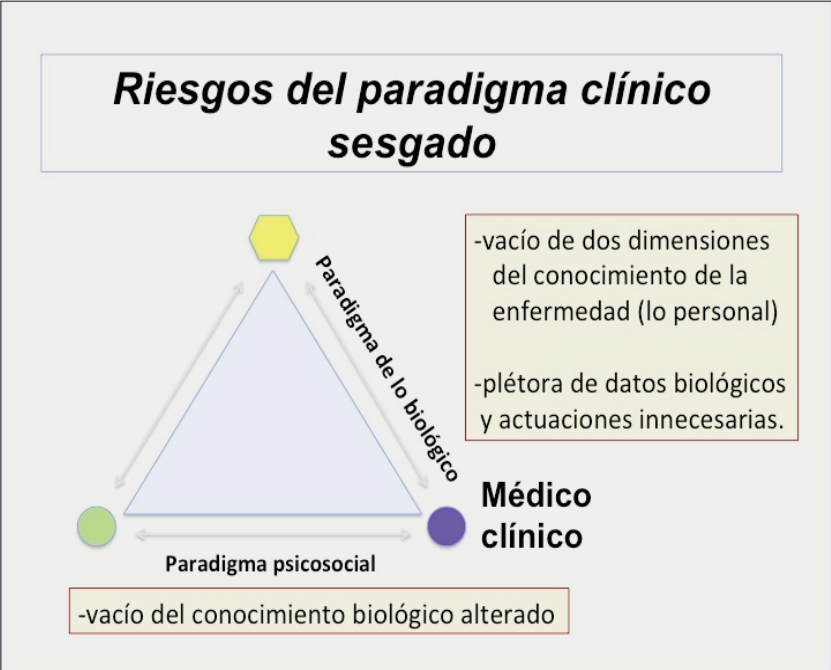


Figura 7. Riesgos del paradigma clínico sesgado.

Fuentes del conocimiento de la enfermedad

Hay que tener presente cómo se adquiere el conocimiento de la enfermedad. Hay dos fuentes: una es la de las ciencias biomédicas sobre el proceso biológico alterado; la otra proviene de la investigación clínica directa con los enfermos. Pero hay que tener presente que ésta procede en gran parte de los patrones de enfermedad basados en estudios que analizan parámetros “duros” (datos biológicos, síntomas identificados y signos objetivos de enfermedad) recogidos de los enfermos, excluyendo las variables “blandas” de la persona enferma que intervienen en el desarrollo de la enfermedad. Esto significa que la enfermedad solo está reflejada en parámetros biológicos y determinados parámetros clínicos obviando muchos datos que por su naturaleza estadística han sido excluidos.

Es, por ello, un conocimiento clínico sesgado, aunque el mejor disponible para dar luz de los hallazgos referentes a los patrones biológicos y clínicos, que se utiliza como base para elaborar las guías clínicas, que sirven de eje para la toma de decisiones en las actuaciones profesionales. Es verdad que estas guías tienen una referencia, a modo de apostilla, indicando que ha de considerarse la peculiaridad de cada caso, pero esto no soluciona todo el problema porque este aspecto no fue analizado para definir los patrones de enfermedad con los que se confeccionaron las guías.

El riesgo de este déficit es que quien actúe con un paradigma biológico o quien no atienda la relación médico-enfermo por no dedicar tiempo para enterarse de lo que vive, siente, piense o requiere el paciente, preferirá seguir las guías clínicas para tomar decisiones obviando la referencia de considerar la peculiaridad del caso, propiciando actuaciones que le facilitan

una salida asistencial “cómoda”, “útil” o “práctica” de desviación, como la de solicitar analíticas, interconsultas y exploraciones que pueden derivar en intervenciones terapéuticas de todo tipo, degenerando, así, la naturaleza de la asistencia profesional.

Podemos referir los sesgos y los malos usos de las guías clínicas y sus efectos en cinco puntos:

- 1) La investigación de los patrones de enfermedad excluye datos de la persona enferma constituyentes de la enfermedad.
- 2) Con este déficit, dichos patrones no son representativos de la parte de la realidad no considerada.
- 3) El sesgo de estas guías las limita, y en determinados casos las invalida, como referentes del conocimiento para la toma de decisiones del médico clínico.
- 4) Relacionar el uso de estas guías con la “Medicina basada en las pruebas” es una extralimitación si no se tiene en cuenta el perfil personal y la participación del paciente; y en la praxis actual este tipo de actuación deficitaria es frecuente.
- 5) En situaciones de desatención a la persona enferma, el uso de las guías clínicas puede servir de excusa para desviar la asistencia hacia el abuso del conocimiento biológico inútil, el sometimiento a la persona paciente a procedimientos innecesarios, y para la distracción de lo que afecta al paciente. Se reconocen como de mala praxis las peticiones injustificadas de analíticas, exploraciones especiales, consultas a especialistas; y los planes terapéuticos que se derivan sean farmacológicos, quirúrgicos y otros, y la dependencia de sus controles.

Al final se trata de una medicina desasistida, errada y, al tiempo, llena de actuaciones abusivas; es decir, un fracaso profesional aunque no se le dé luz.

¿Quiénes salen ganando de estas desviaciones?: la medicina irracional con modelo paternalista, las agencias de prestación de servicios, la medicina industrializada, la industria biomédica.

¿Quiénes salen perjudicados?: los enfermos, la medicina racional y participativa, la medicina de las personas... y los médicos clínicos. ¿Por qué estos? Porque trabajar sin la guía del paradigma de las personas frustra el profesional.

La medicina de las personas

El conocimiento médico de la persona enferma

Comprender y atender a las personas enfermas precisa del saber comunicar, conocer las realidades socioculturales, dominar el lenguaje y los significados, tener habilidades y sensibilidad profesional para captar perfiles emocionales y atender sus sensibilidades. Esta faceta de la asistencia clínica es la que se interesa por lo humano, no solo por el aspecto corporal. Y en este punto, las humanidades son un campo exploratorio que ofrecen conocimiento y pueden ayudar a desarrollar la sensibilidad profesional. Aparte del saber más específico y básico de las materias de lo psicosocial, la literatura en todas las modalidades (ensayo, narrativa, poesía y teatro) y el cine, y también las artes en general, tienen fuentes maravillosas, además de gozosas, del conocimiento de lo humano.

El conocimiento de la persona como enfermo tiene que ver con su relación con la enfermedad que padece, es decir, lo que siente, como lo percibe y lo que piensa sobre lo mismo. Estamos en el ámbito de la psicología y la sociología en el terreno de lo desconocido o de lo oculto del enfermo; de sus síntomas, sensaciones, dudas y deseos el médico puede conocer detalles a través de la comunicación profesional médico-enfermo. No obstante, hay cuestiones del ámbito personal del enfermo que solo él conoce porque son de su mundo particular del que surgen deseos y dudas que no se narran a los demás; pero son muy importantes para él.

El conocimiento implícito del deseo del enfermo. ¿Qué aleja a la persona enferma, de su anterior condición de persona sana? Habrá incógnitas, pero hay aspectos que son universales: mantener el gozo personal, la autonomía y otros que dependen de sus valores. Cuando la persona está enferma o teme estarlo, estas cuestiones le importan y pueden ser determinantes en su afrontamiento a la enfermedad y al proceso biológico alterado. Le gustaría vivir como cuando estaba sana. Con sus gozos.

Una apuesta asistencial médica por el respeto al gozo del enfermo en su atención y cuidado

Nos movemos en la vida persiguiendo el gozo, nuestro gozo personal. En las circunstancias más diversas, tanto si son adversas como si no, nos guía el gozo para alcanzar lo deseado como meta, o el gozo que nos produce el proceso en el que nos implicamos para alcanzarla. En la atención al enfermo, ésta cuestión es importante y el médico ha de considerarla en

cualquier planteamiento de su actuación, sea diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o el de la prevención y promoción de la salud que pueda asumir.

El médico clínico trabaja en la procura de la salud de los enfermos y de las personas que quiere evitar que enfermen. Es decir, el referente es la salud, entendiendo que ésta es un concepto positivo porque la referimos a lo deseado para la persona que atendemos, tenga o no un proceso biológico de enfermedad. La salud de las personas implica su manera de vivir para ser autónomas, solidarias y gozosas;¹ un concepto que se perfila en el ámbito de la dignidad de las personas. Mucho tiene que ver la ética en esta manera de concebir la salud. Y el gozo que importa particularmente a cada ser humano, en esta línea conceptual, mucho tiene que ver con su salud. El clínico no puede perder esta referencia. Hay que tener presente la aspiración humana a alcanzar un cierto grado de felicidad.

Solo cada cual conoce sus gozos. No podemos saberlo los demás, pero él sí. Y en cada momento de su vida encuentra qué gozo quiere saborear. Hay situaciones, como las nuevas experiencias, que ponen a prueba las preferencias en los gozos de cada cual. A veces las situaciones difíciles nos orientan sobre el valor o peso de nuestros gozos. La enfermedad como experiencia nueva es un buen campo de observación para cada enfermo.² Lo que le mueve en ese proceso de su vida personal tiene un inmenso valor que hay que respetar y favorecer si lo pidiere.

¹ Definición de salud del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, ver cita 7.

² Personalmente, he vivido una experiencia como enfermo en relación con los gozos. Sé lo que me proporciona gozo y es lo que persigo; también, si tengo una enfermedad que me lo permite. De alguna manera los gozos han modelado mi vida. En mi historia personal están los territorios y las actividades que me movieron a participar profesional y socialmente en mi entor-

Diría, recordando a Jorge Wagensberg,³ que el gozo de tu vida cotidiana es el que te proporciona, a pequeñas dosis, estímulo para la comprensión de las realidades que te importan; y, en las que encuentras más interés, también te mueve a inves-

no, y en todos ellos hay un denominador común: el valor de lo humano, la necesidad del pensamiento crítico como guía del proceder y la búsqueda del conocimiento como estímulo vital. En este perfil se configura mi gozo más apreciado. Mis gozos sensoriales, de distinto perfil y también muy importantes, en todo caso nunca son disyuntivos con este gozo. Así lo he percibido siempre, y con el paso de los años se ha mostrado más evidente. Pude saber de su importancia cuando tuve una experiencia personal de enfermedad grave en la que procuré estar acompañado, de alguna manera por mis gozos; y estos me ayudaron a superarla. (Fueron vivencias observadas en el transcurso de dos años de un proceso de enfermedad desde el momento del diagnóstico. Hice registros de actividades y sucesos personales como lo venía haciendo diariamente desde tiempos atrás; y así pude analizar y comparar las etapas de salud previa y de enfermedad). Ante la incertidumbre del pronóstico, en la etapa asintomática decidí mantener mi actividad relacional como si no estuviera enfermo, para lo cual solo mi esposa era conocedora del proceso. Quería sacar el máximo jugo a mi vida siguiendo mis actividades habituales, las laborales y las del ocio. Meses después, cuando el proceso biológico empeoró, me liberé de parte de mis actividades laborales, las que exigían mayor dedicación y responsabilidad, con lo cual pude dedicar más tiempo a las actividades personales pendientes que más necesitaba o deseaba ejecutar. Cuando llegó la etapa sintomática y de la quimioterapia seguí manteniendo mi actividad laboral docente y mi actividad de ocio procurando mantener el hábito físico recreativo que me mantenía en forma los últimos años. Tenía la experiencia previa de que esta actividad física, además del gozo personal, me hacía el trabajo más productivo y me liberaba del estrés. El resultado fue muy positivo. No solo hacía la vida normal habitual sino que durante los seis meses de los ciclos de quimioterapia hubo días con mialgias y molestias refractarias a los analgésicos habituales que superé forzándome a andar por los pasillos de casa durante buenos ratos: mi hábito de ejercicio físico, además de proporcionarme el gozo de siempre, en esta ocasión también fue una terapia analgésica exitosa.

También durante esta etapa de la enfermedad desarrollé las actividades personales que me generaban más inquietudes y gozo. Mis gozos de siempre me habían ayudado en la enfermedad; y salieron reforzados tras la misma.

³ WAGENSBERG, J. (2007) *El gozo intelectual. Teoría y práctica sobre la inteligibilidad y la belleza*. Barcelona, Tusquets, Colección Metatemas.

tigar o profundizar en ellas en la vía de alcanzar un nivel superior de gozo, el de encontrar la clave de lo desconocido, (lo que él denominaba el gozo intelectual refiriéndose al gozo de un descubrimiento científico clave). Pero lo importante son los gozos cotidianos particulares de cada uno. Y entiendo que los gozos son elementos de la salud que cada uno desea o no priorizar en razón del riesgo potencial de que acontezca pérdida de salud por el daño que pueda ocasionar.

Los gozos y los gustos son mutables pero la complejidad del valor de cada gozo es personal. Gozos sensoriales, espirituales de todo tipo —estético, psicológico, estilístico, religioso—, gozos materiales, intelectuales, afectivos, culturales; gozos de liberación: del dolor, del problema, de la incertidumbre, de la pena; gozos de la acción, de la inacción... Pongamos puntos suspensivos.

Si queremos trabajar en la salud de las personas respetemos sus gozos personales, y en todo caso ayudémosles, si están dispuestas a ello, a que mute aquel gozo de riesgo de salud si lo tuvieren. Y si están enfermas, bueno será sugerirles que valoren el uso de los que sean oportunos, posibles y deseables.

Reajustamos nuestros gozos con las posibilidades que nos ofrece el día a día. La capacidad personal de adaptación a los cambios es la que permite reajustar los gozos. Esta capacidad es un valor clave en los logros de salud y felicidad; y por lo tanto, una cuestión a considerar en los procesos de valoración diagnóstica antes de establecer un plan de intervención sobre la misma, sea preventivo, terapéutico o rehabilitador. Una parte importante de la medicina clínica es esto.

La relación del enfermo con la enfermedad y el proceso biológico alterado

La enfermedad puede ser fuente de cambios de todo tipo en las personas, a veces ligeros, a veces extremos. La afectación puede abarcar el espectro de lo biológico, lo psicológico y lo social con un peso relativo de cada una de estas dimensiones muy diverso. Solo él, el enfermo, sabe o siente lo que más le afecta y preocupa. Cada enfermo es un mundo particularizado.

El médico clínico ante el paciente ha de poner el foco en la persona y desde ésta atender el proceso de la enfermedad en el contexto en que se desarrolla y en lo sintiente y lo requerido por el paciente. Necesita para ello establecer una relación con el enfermo para intercambiar información y conseguir un flujo bidireccional para entenderse y llevar a cabo los objetivos o los motivos que les han llevado al encuentro.

La relación médico-enfermo exige al médico no solo un conocimiento científico de la enfermedad, sino también formarse en relaciones humanas, puesto que es una condición profesional de primer orden.

Como todas las relaciones humanas, pertenece al ámbito social, y desde las aportaciones de Bertalanffy y Thayer en psicología, sabemos que esta relación interpersonal a través de la comunicación llevará a establecer un sistema social de dos individualidades en una unidad nueva, bien diferenciada, que funciona como un todo nuevo que es algo más que la suma de las partes, con un intercambio circular de mensajes –verbales, para-verbales, de lenguaje corporal y otros de contexto– entre ambos interlocutores, y con una retroalimentación que

permite la autorregulación de la dinámica de los siguientes mensajes, facilitando un mejor entendimiento entre ambas partes.

Desde que se empezó a profundizar en la importancia de la relación médico-enfermo, los avances de la psicología y las ciencias de la comunicación han aportado las herramientas de trabajo que necesita el médico clínico. Es una falacia creer que la experiencia de muchos años de profesión en la relación médico-enfermo otorga, *per se*, y aunque no se tenga una preparación específica en este campo, un certificado de buen hacer. La experiencia personal solo da información de lo que uno ha percibido en lo que ha realizado, y nada más. Si uno trabajó con el paradigma biomédico como referente o con el modelo paternalista de posicionamiento vertical, no ha tenido experiencia en la relación horizontal con el enfermo y, por lo tanto, de poco le sirve.

La formación médica actual en su concepción clínica básica, en términos científicos debería estar reglada para lograr conocimientos, habilidades y destrezas en la integración de la teoría y práctica. Los profesionales sin experiencia en este modelo comunicativo sabrán si han de considerar una puesta al día, aunque quizás se trate más de tener una voluntad de cambio de actitud relacional.

Lo que no avanza. Los déficits del desarrollo

En un ambiente de crecimiento científico y tecnológico tan acelerado como el actual afloran constantemente desajustes en el encaje de las tareas de la praxis clínica. Está en desuso la comunicación interpersonal de la relación médico/enfermo, la

herramienta que nos permite guiarnos por el paradigma de la atención a la persona enferma.

El problema es que la bondad de las nuevas aportaciones de la tecnología para la resolución de los procesos biológicos atrae la atención y facilita su uso, tanto si es racional como irracional; con lo cual, sustrae el tiempo y otros recursos que deberían destinarse a la atención de las otras dimensiones de la praxis clínica.

El problema no es reciente. Terminada la Segunda Guerra Mundial, el desarrollo tecnológico impulsado en su transcurso, tuvo su impacto en el crecimiento del conocimiento médico, y la industria desarrolló la tecnología médica y la farmacología.

Coincidió, en el tiempo, con el nacimiento del Estado del Bienestar; y en los estados democráticos se desarrolló la promoción de políticas de atención a las necesidades básicas de la población en base a tres pilares: la educación, la salud y lo social.

Esto suponía destinar grandes recursos económicos para su desarrollo. La ciencia crecía, la industria crecía y la procura estatal para el bienestar de la población se promovía actuando con mayor o menor predominancia en cada uno de los tres pilares. De alguna manera se esperaba una cierta armonía en el desarrollo paralelo de los mismos. Si llegó a existir esa armonía, poco duró en todo caso.

En los años sesenta y ochenta hubo una crisis económica, y los estados que habían iniciado el proceso renovador empezaron a reducir y cuestionar las políticas de apoyo al Estado del Bienestar. Y la ayuda se desajustó en las áreas de inversión económica más allá de lo que podríamos considerar armónico.

El conocimiento médico de la dimensión biológica de la enfermedad continuó creciendo de la mano del desarrollo tecnológico con el apoyo de las industrias tecnológicas y financieras que encontraron en este campo una fuente de crecimiento en todos los sentidos (de bondad y de negocio).

La medicina clínica sería una usuaria preferente de los productos de la biotecnología. Paralelamente, la formación de los profesionales médicos, iniciada en los cursos de la licenciatura, seguiría los patrones doctrinales de este perfil biomédico basándose en que “la novedad” podía mejorar el diagnóstico y el tratamiento del proceso biológico —aquello que constituía el foco del paradigma biomédico. Otras dimensiones de la enfermedad y la atención global al enfermo no fueron objetivos para invertir en su desarrollo.

Este paradigma biomédico siguió cobijándose, además, en el modelo paternalista de la relación médico-enfermo.

En ausencia de sistemas de control y de comités de ética sensibilizados en los usos de las nuevas herramientas diagnóstico-terapéuticas y la valoración de las bondades y los riesgos, los profesionales críticos apreciaron hechos flagrantes de la asistencia médica y sanitaria muy preocupantes. La crisis económica de los años setenta, agravó la situación anterior. Dos epidemiólogos, Cochrane (1971)⁴ y McKeown (1976),⁵ ponen en duda el poder curativo de esta nueva medicina y denuncian que aspectos fundamentales de la asistencia médica quedaban en segundo plano o en el olvido. Se observaba que los abusos de la praxis desplazaban la atención correcta y rele-

⁴ COCHRANE, A. (1971) *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services*. London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

⁵ MCKEOWN, T. (1976) *The Role of Medicine: dream, mirage or nemesi?* London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

gaban las necesidades asistenciales de los enfermos. El desequilibrio era inaceptable.

Hubo polémica sobre estos trabajos, y otros autores, algunos de renombre clínico como Beeson (1980),⁶ intentando neutralizar estas denuncias, defendían los avances en la terapéutica farmacológica de los últimos cincuenta años derivada del desarrollo tecnológico. Se estableció una polémica que estuvo de moda y aparecía publicada en grandes revistas médicas de impacto. Surgía así una crisis en el pensamiento médico que tuvo voz en los congresos y reuniones de colectivos médicos que trabajaban en la necesidad de recuperar la racionalidad en la reflexión del complejo salud/enfermedad.

En España, estos planteamientos y necesidades correctoras surgían a la luz en el año 1976 en el periodo de transición pre-democrático. El médico de cabecera Jordi Gol fue impulsor de un movimiento para una nueva cultura médica a raíz de la celebración del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana⁷ en la ciudad francesa de Perpinyà, un congreso especial por el momento histórico que retomaba la puesta en marcha de la convocatoria periódica desde inicios del siglo XX después del silencio impuesto en los años de dictadura.

El talante humanista y ético de Jordi Gol, con influjo de la escuela de Letamendi, fue un referente en la dinamización de este movimiento nuevo cuando insistía en el lema clínico de tra-

⁶ BEESON, P.B. (1980): *“Changes in Medical Therapy During the Past Half Century”*. *Medicine* 59:79-99. P.B. Beeson era muy conocido por ser editor de dos tratados de medicina, los conocidos como “el Cecil” y las primeras ediciones de “el Harrison”.

⁷ JORDI GOL (coordinador) (1978). *La Salut*. En: X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. *Llibre d'Actes* (381-413). Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears i Societat Catalana de Biologia.

tar personas, no enfermedades –como ya lo decía el clásico de esta escuela– pero ahora con un nuevo referente del concepto de salud bien distinto del simple hecho de ausencia de enfermedad que se acompañaba del modelo relacional paternalista. Ahora, el referente de la salud implica los aspectos positivos de la manera de vivir de la persona, una nueva definición surgida en dicho congreso; y en lo referente a la atención al enfermo se abría paso a potenciar la cercanía en la relación médico-enfermo y al desarrollo de la red asistencial para el cuidado más integral y multidisciplinar: un moderno enfoque global de la asistencia. En un ambiente de cambio de sistema político se creaba el GAPS –*Gabinet d’Assessoria i Promoció de la Salut*– como “expresión del primer intento, amplio y plural, de sistematización y recuperación de la racionalidad en la reflexión sobre el complejo salud/enfermedad y el papel que concierne al sistema sanitario en una sociedad moderna”, según palabras de Nolasc Acarín,⁸ psiquiatra, uno de los fundadores y directores, con Jordi Gol, del citado gabinete.

Se elaboraron informes de colectivos multidisciplinarios de profesionales sanitarios de diversas áreas de especialización y trabajo y de profesionales no sanitarios motivados e implicados en el asesoramiento técnico; informes cuyo impacto fue muy notable e influyente en el desarrollo de las reformas sanitarias que se estaban gestando a nivel estatal y en las dos autonomías –la andaluza y la catalana– con competencias en la gestión para llevar a término la reforma sanitaria.⁹

⁸ ACARÍN, N. (1986) Passats deu anys de projectes. En: *El reptu sanitari*. CAPS, Barcelona, pp. 11-19.

⁹ En palabras de Acarín, la administración sanitaria de Andalucía, con un esfuerzo de imaginación y decisión reconocido, fue un ejemplo único de voluntad y tenacidad para llevar a término la reforma aplicando en gran parte las propuestas de dos informes del GAPS dirigidos por Jordi Gol.

En 1986, el CAPS publicó un libro, “*El repte sanitari*”,¹⁰ con aportaciones de autores que habían participado en los proyectos e informes referidos desde el principio. Lo interesante de esta monografía –en memoria de Jordi Gol– es el relato de problemas que se abordaron en su día, de las propuestas que se hicieron y, también, la crítica de la realidad de lo que había acontecido en el transcurso de diez años más allá de los deseos y los esfuerzos.¹¹

J.M. Antó describe el proceso de la crisis.¹² Las preguntas que habían denunciado la crisis sanitaria de los setenta reclamando un nuevo paradigma eran claras: ¿Para qué han servido hasta ahora los nuevos procedimientos? ¿Qué le pasa a este paciente? ¿Cuál es la utilidad real de un determinado procedimiento o terapéutica? ¿Los pacientes se benefician de las potencialidades terapéuticas de la medicina? Era lo que habían denunciado Cochrane, McKeown y Hart años atrás, quienes también habían participado en 1982 en los seminarios sobre la Reforma Sanitaria del GAPS. Había una base documental que evidenciaba científicamente estos postulados.

En ese periodo, sigue el crecimiento tecnológico de todo el nuevo arsenal de la industria biomédica, producto de la inver-

¹⁰ Varios autores (1986). *El repte sanitari*. Ed. CAPS, Barcelona.

¹¹ En un ejercicio de autocritica, Acarín valoraba lo que había cambiado en los últimos diez años desde que se inició el movimiento reformista, constatando las dificultades reales para conseguir logros asistenciales estructurales y funcionales en un contexto ilusionante de cambio cuando los intereses a atender son muy variados en el amplio marco de las necesidades de un nuevo sistema político. Y también se constató que más allá de la necesaria utopía de los retos sanitarios “se necesitan actitudes serenas y una comprensión científica de la realidad”.

¹² ANTÓ J.M. (1986). La crisis de la medicina. En: *El repte sanitari* (21-29). Barcelona, CAPS.

sión prioritaria del mundo financiero, que influyó en las políticas de priorizar las inversiones en las instituciones hospitalarias y en los servicios de especialidades médicas, con lo cual se mantiene o crece la dificultad de comunicación entre ambos ámbitos (hospital y especialista *vs.* médico de cabecera). En este contexto, los valores de los servicios del médico de cabecera no lucen.

La declaración de Alma-Ata, de 1978 marcó un hito histórico porque por primera vez había reunido las voces de los representantes de muchos países –164– y organizaciones internacionales no gubernamentales convocados por la OMS y la UNICEF. El documento mostraba dos puntos importantes:

- 1) Defendía la salud como “derecho humano fundamental” para la promoción universal.
- 2) El centro referencial de la asistencia daba el protagonismo a la atención primaria. Éste parece ser el punto de inflexión del desarrollo de la asistencia sanitaria desde la visión global de la salud pública.

En el mismo camino

Estos movimientos para el cambio en los sistemas sanitarios tienen puntos en común. Los trabajos de denuncia de Cochrane y McKeown fueron referentes como impulso y motivación para frenar el descontrol de la praxis clínica; la nueva definición de la salud y los foros para el cambio del grupo catalán aportaron un excelente impulso para desarrollar el trabajo clínico con atención a la persona enferma. La declaración de Alma Ata hacía la petición para el cambio universal.

¿Qué peso tuvieron todos estos movimientos de nueva cultura médica para conseguir avances y cambiar el rumbo de los desvíos existentes?

La evolución de los cambios en los últimos cincuenta años ha sido diversa e irregular. El desarrollo de la medicina clínica en el marco de la consideración global del paciente sigue teniendo sus escollos en el marco de la medicina tecnificada y encuentra dificultades para su implantación. Hay auténticas barreras para los cambios desde diversos escenarios.¹³

Consideraciones sobre la dinámica del crecimiento tecnológico

La ciencia es el referente del conocimiento que sustenta el desarrollo. Pero la ciencia y la técnica no lo son todo.

En el mundo de la realidad, la ciencia es la que es, y gran parte crece por los caminos escogidos por los promotores que la sustentan.

La acumulación constante del conocimiento y los cambios que se generan definen el ámbito en el que se estructura y se mueve todo: el de la complejidad y la dinámica del desarrollo. Un desarrollo constante que ayuda a expandir el conocimiento y crecer en muchas direcciones. Los avances tecnológicos y muchos de sus productos nos mejoran, en general, a los humanos. En este sentido positivista cabría decir que cualquier tiempo pasado fue

¹³ LLÀCER ESCORIHUELA, A. (2012). *Fisiopatología de la medicina cotidiana. Entrebanca al camí de l'excel·lència*. (Discurs de recepció com a membre numerari de la Secció de Ciències Biològiques). Barcelona, Institut d'Estudis Catalans.

peor. Estamos mejor gracias a la tecnología. Siguiendo a Eudald Carbonell en su libro *Encara no som humans*,¹⁴ en el que analiza la evolución, la tecnología nos hará humanos, decía él. Si no, se puede decir que, al menos, más humanos.

Otra cuestión bien distinta, es el objeto tecnológico que se fabrica; y en el terreno de la medicina, en caso de ser bueno para el uso clínico, habrá que formular varias preguntas:

¿Bueno para qué y para quién?

¿A costa de qué se ha desarrollado?

¿Qué implica su uso directa o indirectamente?

¿Qué efectos deseados y qué efectos colaterales cabe esperar?

Ésta es la cuestión que nos atañe en la línea de los problemas expuestos.

Hay un desarrollo tecnológico que cabe destacar por su gran impacto positivo:

La ciencia de la comunicación ha avanzado de manera impresionante con el desarrollo de la tecnología aplicada, lo cual, a su vez ha permitido el crecimiento en todas las áreas de conocimiento y en las mejoras de muchos aspectos de nuestras vidas. Con el desarrollo de las redes, la transmisión abierta del conocimiento es una auténtica revolución al permitir que ciertas fuentes de información estén a disposición de la población. Estos avances están cambiando el panorama y nos dan esperanza para alcanzar futuros posibles.

¹⁴ CARBONELL E.; SALA R. (2002). *Encara no som humans. Propostes d'humanització per al tercer mil·lenni* Ed. Empúries.

Respecto a los avances científicos y tecnológicos en el ámbito clínico podemos diferenciar dos vertientes:

Una es la referida a la formación profesional en su concepción integral bio-psicosocial, y en los sistemas de gestión y administración clínica. La otra, se refiere a los productos comerciales resultantes de los avances en la investigación biomédica y la biotecnología que entran en juego como productos comerciales.

Gestionar en paralelo ambas vertientes supone entrar en un mundo con muchos intereses cruzados a niveles de políticas de alta complejidad. En la práctica no resulta fácil compaginarlas porque compiten entre sí en la obtención de recursos para su desarrollo y uso.

Los avances en las técnicas de comunicación y la dimensión psicosocial. El desarrollo de las tecnologías de la comunicación ha sido espectacular e ilusionante, aportando elementos técnicos de análisis al desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión sanitaria en su concepción global; y también, en el ámbito concreto de la medicina clínica, facilitando la comunicación –tanto en la relación médico-enfermo como entre profesionales, y de otro tipo–, el rápido acceso al conocimiento, la adquisición de destrezas en todos los niveles y la gestión del trabajo de cada profesional. Quiere decirse que abarca toda la dimensión clínica de la medicina. Esto es importante porque la formación y las destrezas adquiridas de manera más accesible permiten alcanzar el buen hacer en cualquier escenario profesional en el que pueda ejercer el médico.

Además, el factor tiempo, como recurso necesario, toma valor en las posibilidades de mejora de otras actividades por la liberación

o ahorro que se consigue con las nuevas herramientas comunicativas. No se puede dejar en el olvido esta nueva disponibilidad. La liberación de tiempos en la gestión y administración debería permitir una mayor disponibilidad del mismo para la relación médico-enfermo. Pero, desgraciadamente, en la práctica, esta ganancia de tiempo se dedica, en todo caso, a otras actividades del ámbito biomédico o de gestión administrativa.

Los avances en la vertiente biomédica también han sido espectaculares; la biotecnología da buenos frutos para conocer, resolver o mitigar muchos problemas biomédicos clínicos. Además, tienen mucha visibilidad en la sociedad por la propaganda y promoción que hacen la industria, las instituciones que los administran y los profesionales médicos implicados. Pero sus frutos son los que son y no han de contabilizarse en su cuenta los aportados por otras fuentes, como la higiene, el conocimiento general, el nivel cultural, social y educacional de la gente y el desarrollo las estructuras sociales en las que nos desenvolvemos.

Además, en medicina, los buenos frutos de la tecnología aplicada se pueden usar con fines comerciales por una doble característica que los hace óptimos para promocionarlos: una es la bonanza del avance conseguido para la resolución de problemas de la salud; la otra es que el nuevo producto fabricado para mejorar lo que hay, por el hecho de ser novedoso, es un reclamo comercial, lo cual, en el mundo de las miserias, insuficiencias o penas de salud que nos proporciona la naturaleza, siempre ha sido una fuente de esperanza y deseo para salir de las mismas.

El gancho comercial de lo novedoso como herramienta para convencer de su uso y obtener beneficio propio, con o sin engaño,

existe desde que los animales tienen cerebro y capacidad de ingenio. Desde las etapas más primitivas, las historias de los humanos muestran experiencias de todo tipo en este marco de relaciones. Los productos novedosos siempre han tenido un atractivo comercial. En medicina el problema no es el estrictamente comercial sino el engaño en el uso comercial. Y es aquí donde surgen las desviaciones del uso honesto: aprovechar lo novedoso para comercializarlo abriéndolo al máximo de lo posible en el mercado utilizando las técnicas mercantiles con todo lo que les permiten las reglas del juego en los distintos escenarios político-legales del mundo —y a veces más allá. Las estrategias de penetración en el mercado comprometen redes de actuación complejas de difícil control. La comercialización de la producción industrial penetra por estos derroteros en los que la diosa codicia los cobija. Y esta diosa del sistema de consumo tiene mucho peso en la creación de corrientes de opinión porque domina e invierte en los medios de comunicación; muchos de los cuales están en las mismas redes de poder. En este ambiente el éxito de la influencia de la industria en la opinión de la ciudadanía sigue en ascenso. Cabe recordar que en los planteamientos comerciales de las grandes empresas se intenta captar clientela con estrategias elaboradas para cada campo de consumo y sus mediadores. En medicina, los pacientes, los prescriptores, los administradores, los políticos... Toda la gama de lo posible.

El desencuentro con lo necesario. Los cambios y no cambios desde las ilusiones utópicas

Han transcurrido más de cuarenta años, y muchos de los problemas denunciados desde los años setenta persisten. Se avanza en los sistemas de control de los productos industriales de

la biomedicina, en el control de los procedimientos y usos diagnósticos y terapéuticos, y en la gestión de los servicios sanitarios. Pero los grandes problemas siguen ahí, entre otros motivos, porque los servicios sanitarios que se ofrecen, compiten entre sí en el reparto de recursos que se destinan para su uso y desarrollo. Y es en este punto, donde la administración y la gestión de los servicios han de establecer sus políticas de distribución de recursos y, al tiempo, reclamar sistemas de controles sobre la calidad y el valor real de los productos que se adquieren y gestionan. Pero la realidad demuestra que hay muchos intereses que se cruzan en el camino e impiden el progreso y los cambios solicitados.

¿Una luz en el camino?

Quizás, el progreso de la ciencia y la tecnología en la comunicación permita un cambio cualitativo de peso que rompa las barreras del progreso asistencial. Pero para ello ha de existir, por parte de los ciudadanos y los profesionales sanitarios, convencimiento sobre su necesidad y una voluntad exigente y perseverante para enfrentarse a las barreras con tesón.

La historia da muestras de la fuerza que aportan la voluntad y la colaboración entre los implicados afectados por un problema para alcanzar cambios positivos. Los programas de asistencia multidisciplinar para la atención personalizada a los pacientes crónicos empiezan a despuntar por el empeño de los profesionales clínicos que han creado equipos y programas de pacientes con procesos especiales –como los de alta prevalencia y dificultad de control, riesgo de afectación de la calidad de vida y estadios avanzados de enfermedad–, es decir, los más necesitados de cuidados mixtos de medicina y de enfermería

y, en su caso, de psicología y asistencia social, integrando el control hospitalario y el ambulatorio en los centros de salud y, en determinados casos, domiciliarios. Equipos que, para ponerlos en marcha y asumir la gestión del control buscan recursos allá donde es posible.

Es, en este ámbito asistencial de equipos inter y multidisciplinares para los crónicos, donde se presta la atención personalizada en las etapas de la enfermedad que requieren que se les enseñe a afrontar la enfermedad, a conocerla y aprender como llevar el autocontrol, y procurar el cuidado integral, donde se hace visible la respuesta de compasión inherente a la profesión de los clínicos. La cercanía cuando hay necesidad.

Ésta es una oportunidad para que estos equipos sean los que hagan posible los cuidados de medicina y de enfermería –cada cual tiene los propios–, una funciones que en los escenarios actuales tienen pocas oportunidades para desarrollarlos, a pesar de ser elementos constituyentes del rol que definen las respectivas profesiones.

La asistencia sanitaria integrada

La asistencia sanitaria integrada necesita una base estructural y/o funcional para ser gestionada y dar estabilidad a su sostenimiento. Actualmente, en el marco de servicio público hay ejemplos de éxito de esta modalidad asistencial inter y multidisciplinar; por lo que ya no es un axioma, sino una constatación.

Una buena relación médico-enfermo es la herramienta que permite obtener el diagnóstico del perfil personal del enfermo. El médico de atención primaria, o equivalente, es el que puede

integrar la información de los procesos biológicos de cada enfermo para disponer del perfil de diagnóstico global y establecer una vía armonizada de asistencia a través de la comunicación con otros profesionales especialistas para llevar a cabo programas de acción cuando sea necesario.

Se necesitan unas condiciones mínimas de tiempo y espacios para llevar a término una buena relación médico-enfermo. Si el eje de la asistencia va a recaer en la consulta hay que ser congruentes atendiendo estas condiciones y potenciando la imagen de lo que se pretende dar valor. Disponer de tiempo y, al menos, de un mínimo de otros recursos para asegurar un ambiente de calidez en el proceso de comunicación, de obtención de datos de interés del caso particular y su atención.

Con independencia del sistema y de la administración de la asistencia prestada –pública, privada de compañías aseguradoras, o libres sin otra ligazón– y del médico elegido por el enfermo, si viene al caso, en todos los ámbitos de la medicina clínica hay que abordar la asistencia al enfermo con atención a su particularidad bio-psicosocial. Hay que avanzar siguiendo este paradigma.

De no seguir creciendo en esta dirección, lo denunciado reiteradamente desde hace cincuenta años seguirá el camino errático de la irracionalidad y la ineficiencia derivadas de la desatención a la persona, con los efectos indeseados que se pueden generar¹⁵ (potenciar la dolencia o el sufrimiento en vez de aliviarla, potenciar la angustia que ya tenía antes de

¹⁵ VALLS C.; MORLANS M. (1986). Sobre l'ofici del metge: l'acte clínic. En: *El repte sanitari* Barcelona, CAPS, pp. 47-55.

la consulta, no buscar alternativas que mejoren la calidad de vida, aconsejar conductas o modelos teóricos sin tener en cuenta las circunstancias y la historia concreta de la persona, no individualizar el tratamiento ni seguir pautas terapéuticas sin explicaciones ni posibilidades de adaptación). O lo que vino años más tarde (tirar de recetario o de petición de exploraciones diagnósticas con repeticiones injustificadas). Y sobre todo, la percepción de trabajo rutinario y tedioso.

Si siempre no es así, porque las cosas van cambiando, la nueva etapa de mayor crecimiento de productos de uso clínico acabará cayendo en el modelo que Victor Montori¹⁶ llama Atención Médica Industrializada, con el objetivo de proveer servicios, más que atención a la persona. Es decir, muy a la americana actual, comercial: en los tiempos de los medios de comunicación, una deriva más en la línea de lo errado que habrá que corregir o evitar. Una cosa es proveer servicios especializados en un sistema asistencial estructurado respetando la relación médico-enfermo que contempla la perspectiva global del enfermo; cosa bien diferente es guiarse con la atención decantada en los datos biomédicos sean o no de interés e importancia en el conjunto del complejo enfermo. Es evidente que la apuesta por la implantación abierta y la promoción de la prestación de servicios con esta dinámica es un objetivo de la industria sanitaria y de los sistemas asistenciales privados cuya finalidad es obtener beneficios económicos. El enfermo es el sujeto

¹⁶ MONTORI, V. (2020): *La rebelión de los pacientes*. Barcelona, A. Bosch. Se trata de una traducción del original *Why We Revolt* (2020, 2ª ed.) para la divulgación de una propuesta de lucha contra la medicina industrializada y la promoción de la medicina cuidadora y amable, avalada por organizaciones de bioética de primer orden. El autor, médico peruano graduado en Lima, es endocrinólogo de la Mayo Clínic, catedrático de Medicina, clínico e investigador, miembro de numerosas organizaciones de bioética de prestigio y cofundador de *The Patient Revolution*, una fundación para la lucha contra la medicina industrializada.

que consume su producto. Para convencerle y atraerle a su negocio, el sistema utiliza los medios comerciales al uso de la sociedad de consumo. Este marco asistencial de la priorización de las actuaciones “necesarias” indicadas o sugeridas por parte del médico en el que no se atienden con cuidado los intereses, las necesidades, las dudas ni la opinión del enfermo es un grave error. Hay que decirlo claro: éste no es un proceder científico ni profesional. Sugerir o crear una necesidad a un enfermo con técnicas comerciales no es medicina en sentido estricto. Además, la deriva asistencial siguiendo la guía de la provisión de servicios deteriora la relación médico-enfermo e infraestima su valor. El médico está sujeto a la dinámica impuesta por el sistema de provisión de servicios.

Montori expone la realidad de la implantación de la medicina industrializada que sigue esta dinámica nociva. En síntesis, las características de esta praxis clínica (algunas las podemos reconocer en nuestro ámbito) son:

- *La relación médico-enfermo se establece, conducida por el médico, con una dinámica rápida y prestando más tiempo a los datos registrados del ordenador, que, además, son datos de enfermedad, sin detenerse en la atención a la persona paciente de quien apenas tiene una imagen borrosa.*
- *Para paliar el déficit de atención personal, el enfermo dispone de guías prácticas con tareas –como leer datos de los prospectos, consultar vídeos, preparar preguntas, gravar y revisar la visita, corregir ficha médica, y consultar guías de autocuidados– que no solucionan sus problemas.*
- *El resultado es un incumplimiento de los deberes y el sometimiento a una rendición de cuentas con el riesgo de que se asigne etiqueta de incumplidor e irresponsable –un trato de crueldad. Es parte del fracaso de este tipo de asistencia se*

muestra en tres datos: el registro de tiempos de la escena de la consulta da un 40% dedicado al ordenador; un 40% de los médicos están frustrados y un 40% de los tratamientos son insostenibles.

- *El diagnóstico del problema es la codicia de la prestación de servicios (ver más enfermos, precios basados en valor de lo ofertado). La programación del sistema es opresora, convirtiendo a médicos y enfermos en víctimas frustradas. La asistencia vista como una transacción comercial en la que el paciente es visto como un consumidor es un grave error.*

La alternativa propuesta por Montori a la medicina industrializada es la medicina cuidadora y amable, basada en la conversación sin prisas, con densidad, profundidad, manteniendo el ritmo del paciente para ver lo biológico y lo biográfico y tomar resoluciones conjuntamente. Los términos solidaridad, cuidado, amabilidad, integridad y elegancia se contraponen a los de codicia, burocracia, transacción y eficiencia que definen los dominios de la medicina industrializada.

Podemos observar que la apuesta de Montori promueve el seguimiento del paradigma basado en la persona del enfermo, en los momentos de la medicina cada día más mecanizada y comercializada.

En un foro de discusión sobre esta propuesta presentada por Montori en el marco de una sesión telemática de una fundación de bioética¹⁷ de nuestro ámbito, desde el colectivo médico de nuestro entorno y de países latinoamericanos surgieron cuestiones relacionadas con la evidencia científica, con los cui-

¹⁷ Webinar de la Fundación Grifols, 15/7/2020. “La revolución del paciente” con V. Montori y N. Terribas, organizada con la Cátedra de Bioética de la Universitat de Vic. Disponible en página web de la fundación (<https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/home>).

datos médicos y con los tiempos asignados a las consultas de los pacientes por las administraciones sanitarias. Hubo un coloquio entre profesionales sanitarios, filósofos de bioética presentes y Montori. En las conclusiones, los mensajes debían quedar claros:

- 1) Que no intenten despistar y confundir con la necesidad de guiarse por la evidencia. La medicina basada en la evidencia consiste en hacer lo que se está pidiendo sobre los cuidados médicos, no lo que dicen las guías si en su lectura se elimina esta parte.
- 2) Los cuidados médicos no deben confundirse con los cuidados de enfermería. Todas las profesiones sanitarias deben ofrecer y prestar sus propios cuidados. El cuidado es un valor social en todos los ámbitos y más en el de los humanos necesitados. El cuidado y la solidaridad son intrínsecos al ser humano por su incuestionable condición social; como también lo es el sufrimiento, y no todo sufrimiento requiere respuesta médica.
- 3) Sobre los valores y la evidencia científica: la medicina de los cuidados tiene sentido emocional, lo cual le proporciona evidencia científica.
- 4) Sobre la limitación de tiempo para la relación médico-enfermo: Si no se cambia el criterio desde la base y se sigue abusando para “rentabilizar la cartera de prestaciones” a costa de expropiar el tiempo que ha de destinarse a la relación médico-enfermo, habría que manifestarse en protesta i oposición a este sistema asistencial de modelo comercial, persiguiendo una revolución pacífica de gran impacto marchando conjuntamente en masa médicos y enfermos a la

manera de aquella marcha conjunta de americanos de todas las razas tras el asesinato racista de Martin Luther King. O con cualquier manifestación de exigencia para el cambio necesario.

5) Hay que propagar por todos los medios la necesidad de luchar por este cambio.

Por la vía de la medicina industrializada, se profundiza en la dinámica de lo errado guiada por el criterio comercial de codicia, con la alianza del paradigma biomédico y relegando u obstaculizando la atención al enfermo como persona; es decir, abandonando el paradigma bio-psicosocial, o lo que es lo mismo, apartando, más si cabe, la praxis médica de la razón de ser de la medicina.

Epílogo

No ha sido ni es fácil, en el ámbito del trabajo actual, ejercer la praxis clínica con un paradigma que atienda y respete lo humano del enfermo. La ciencia médica crece con el desarrollo tecnológico, y todo el lastre que conlleva el mercado de la industria tecnológica afecta los sistemas asistenciales sanitarios. Desde que terminó la Segunda Guerra Mundial, el peso de este dominio comercial rompe la lógica de atender a la persona enferma, y la asistencia gira hacia los procesos biomédicos, detectados y tratados con las herramientas del mismo dominio, tanto si tienen etiquetas de enfermedad como si no. El paciente se convierte en cliente o usuario.

En esta dinámica asistencial, el enfermo es poco más que un portador de procesos biomédicos que interesa, en buena parte,

como sujeto/objeto de actuación comercial. No siempre es así, claro está, pero los sistemas y las empresas del sector se organizan y administran con la presión del poder a que están sometidos favorecidos por el *modus operandi* de los paradigmas biomédicos que interesan al mercado. En el mundo mercantilizado de la medicina, el patrón de médico paternalista y el paradigma biomédico frenan el desarrollo de la medicina humanizada.

Las graves consecuencias de las políticas denunciadas hace más de cincuenta años y la persistencia del paradigma médico errado tienen su seguimiento en la medicina industrializada regida por las leyes del comercio.

En los tiempos actuales de progresivo desarrollo tecnológico, de nuevos escenarios y diversidad de prestaciones de servicios, la función del médico clínico ocupa un determinado lugar en el espectro asistencial en el que especialización clínica, el trabajo interdisciplinar y la gestión de su propio trabajo definirán el grado y la parcela de su participación. Desde el médico generalista al especialista, el profesional clínico tiene la responsabilidad inherente al ejercicio de la medicina clínica de asistir al enfermo siguiendo un marco referencial básico y común que define su proceder:

- 1) Asumir el paradigma bio-psicosocial de la praxis clínica poniendo el foco en la persona enferma y estableciendo una buena relación profesional que genere confianza para generar intercambios de información, ayudar a la toma de decisiones y ofrecer mejores cuidados.
- 2) Cualquiera que sea su especialidad, ha de sustentar su bagaje de profesional clínico en su campo específico y en el

conocimiento biomédico básico de los procesos patológicos del cuerpo humano y su puesta al día de lo más significativo para no olvidar el marco biomédico general en el ejercicio de su buen hacer de especialista.

Para mejorar el futuro de la medicina clínica hay que proseguir en lo que se había apuntado hace muchos años para desterrar el paradigma de lo errado. Venga lo que venga con los avances tecnológicos y los nuevos productos industriales, hay que cuidar y luchar por la atención del componente humano del enfermo. Y bueno sería no olvidarnos de sus gozos ni del referente conceptual de la salud con los atributos positivos para una vida autónoma, solidaria y gozosa.

Gracias por la atención prestada.

