

Revista Quincenal Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Soria

www.comsor.es



EDICIÓN N^o 79 . 2016



Avda. Mariano Vicén, 31, 1º piso
55003 SORIA

Teléf. 975 22 29 92 y 975 22 29 58
FAX 975 21 18 21
<http://www.comsor.es>
administracion1@comsor.es
administracion2@comsor.es

Índice de Contenidos

Edición Nº 79

La Sanidad en el debate de investidura.	3
Sanidad universal en el pacto PP Ciudadanos.	3
Fondo especial para fármacos caros.	3
Nuevo modelo de gestión para enfermos con discapacidad mental.	3
24 años liderando los trasplantes de órganos.	3
Posible colapso de la sanidad británica sin trabajadores europeos.	4
Descubiertos tres nuevos genes de la hipertensión pulmonar.	4
La mitad de los enfermos crónicos no sigue correctamente el tratamiento.	4
Nuevas directrices para el tratamiento de las ITS	4
Día de la ética médica.	4
PUBLICACIONES DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SORIA.	5
"Ventana a la Bioética".	5
Anexos.	6

La Sanidad en el debate de investidura.

Las críticas al Gobierno de Mariano Rajoy, con cierto protagonismo de la Sanidad, centraron el miércoles la intervención de Pedro Sánchez en la segunda jornada de la sesión de investidura. El líder socialista acusó a Rajoy de expulsar a 30.000 sanitarios de España. Además, le reprochó el estado de las listas de espera en dependencia y la situación de las cuidadoras no profesionales. De esta forma, Pedro Sánchez fue el primero en introducir en el debate parlamentario la Sanidad, ya que la jornada anterior, el presidente en funciones, Mariano Rajoy, no se pronunció sobre este tema en su discurso.

<http://www.diariomedico.com/2016/08/31/area-profesional/sanidad/sanchez-a-rajoy-ha-expulsado-a-30000-profesionales-sanitarios>

<http://www.diariomedico.com/2016/08/30/area-profesional/sanidad/rajoy>

<http://www.diariomedico.com/2016/08/31/area-profesional/sanidad/sanchez-a-rajoy-ha-expulsado-a-30000-profesionales-sanitarios>

Sanidad universal en el pacto PP Ciudadanos.

Un total de 9 de las 150 medidas plasmadas en el documento que recoge los compromisos entre ambos partidos políticos están dedicadas al ámbito sanitario. De este modo, además de la intención de blindar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), el acuerdo también busca asegurar que el copago farmacéutico no sea una barrera en el acceso a los medicamentos, en especial para familias monoparentales o con miembros en situación de dependencia.

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-acuerdo-pp-ciudadanos-garantiza-la-cobertura-universal-del-sns>

Fondo especial para fármacos caros.

El acuerdo suscrito por PP y Ciudadanos para que este partido apoye la investidura de Mariano Rajoy como presidente de Gobierno también incluye la creación de "un fondo sanitario que permita que los Centros, Servicios y Unidades de Referencia y los medicamentos huérfanos se financien con cargo a dicho fondo, de tal manera que se eviten las inequidades de acceso al tratamiento". El acuerdo añade que "las decisiones de traslado a un centro de referencia o de tratamiento con medicamentos huérfanos se tomarán por comités clínicos independientes, sin cargos de libre designación.

<http://www.diariomedico.com/2016/08/29/area-profesional/sanidad/pp-y-cs-pactan-un-fondo-especial-para-medicamentos-caros-y-fomentar-la-cohesion>

Nuevo modelo de gestión para enfermos con discapacidad mental.

La consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, Alicia García, visitó en Soria las instalaciones de la entidad ASOVICA, integrada en 'Salud Mental Castilla y León', y la residencia para mayores Los Royales. La mandataria regional explicó que, con residencias como la de ASOVICA, en la que la Junta invirtió 2,4 millones de euros, se consolida la apuesta del Gobierno regional por la atención a la enfermedad mental. En este sentido, García anunció que en octubre se dará un nuevo e importante paso en esta atención con la aprobación de las directrices que regirán el modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental, que en la actualidad se encuentran en su última fase de elaboración con el periodo de aportaciones por parte de las entidades del sector.

<http://sorianoticias.com/noticia/2016-08-29-el-modelo-atencion-sociosanitaria-enfermos-mentales-octubre-34254>

24 años liderando los trasplantes de órganos.

El Registro Mundial de Trasplantes, gestionado por Organización Nacional de Trasplantes (ONT), ha elevado a 119.873 el total de órganos trasplantados en el mundo en 2015, lo que representa un aumento del 1,65% respecto al año anterior. España, con 1.851 donantes y 4.769 órganos trasplantados en 2015, vuelve a revalidar por vigésimo cuarto año consecutivo su liderazgo mundial, con una tasa de 40,2 donantes por millón de población.

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-lider-mundial-en-trasplantes-por-24o-ano-consecutivo>

<http://www.elmundo.es/salud/2016/08/24/57bc9af722601d2f0a8b4693.html>

Posible colapso de la sanidad británica sin trabajadores europeos.

El servicio de Sanidad Pública Británica (NHS) “se colapsaría” si los más de 50.000 trabajadores procedentes de la Unión Europea (UE) tuvieran que marcharse a consecuencia del “brexit”, según asegura un informe elaborado por el Instituto de Investigación Pública (IPPR), recogido en The Guardian. El documento alerta que sin esos trabajadores comunitarios el NHS se “derrumbaría”, ya que uno de cada 10 médicos registrados en el Reino Unido es un ciudadano de la UE.

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-sanidad-britanica-podria-colapsarse-si-se-marchan-los-trabajadores-de-la-ue-como>

Descubiertos tres nuevos genes de la hipertensión pulmonar.

Paula Navas, del Departamento de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, ha presentado en el Congreso Anual de la Sociedad Europea de Cardiología, que se está celebrando estos días en Roma, el hallazgo de tres genes que están implicados en esta enfermedad: BMPR2, KCNK3 y TBX4. Conocerlos ayudará a mejorar el tratamiento.

<http://www.elmundo.es/salud/2016/08/30/57c5bfc5268e3ecd498b4612.html>

La mitad de los enfermos crónicos no sigue correctamente el tratamiento.

Sólo el 49,9 por ciento de los pacientes crónicos españoles cumple correctamente con el tratamiento médico prescrito, según desvela este martes una encuesta realizada por Farmaindustria sobre adherencia terapéutica a 1.400 crónicos.

“Los resultados ponen de manifiesto el gran reto que el adecuado cumplimiento terapéutico supone para el SNS, y refuerzan la necesidad Plan de Adherencia al Tratamiento”.

<http://www.diariomedico.com/2016/08/30/area-profesional/sanidad/la-mitad-de-los-cronicos-espanoles-no-cumple-con-su-terapia>

Nuevas directrices para el tratamiento de las ITS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado nuevas directrices para el tratamiento de la clamidiasis, la gonorrea y la sífilis debido a la resistencia creciente de dichas infecciones ante los antibióticos. La resistencia de estas ITS al efecto de los antibióticos ha aumentado rápidamente en los últimos años y ha reducido las opciones terapéuticas.

<http://www.diariomedico.com/2016/08/31/area-profesional/entorno/la-oms-proporciona-nuevas-directrices-para-hacer-frente-a-las-infecciones-de-transmision-sexual>

Día de la ética médica.

El Día Anual de la Ética Médica se celebrará el 18 de septiembre, según ha designado la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM). La razón por la que se ha elegido dicha fecha es que ese día de 1947 se creó este organismo. El objetivo que persigue la AMM es contar con un consenso mundial acerca de la trascendencia que entraña la ética médica. Los pacientes se han venido beneficiando de la promoción y defensa que la ética médica conlleva y la finalidad es seguir luchando en pro de sus intereses.

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-18-de-septiembre-dia-de-la-etica-medica>

PUBLICACIONES DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SORIA.

“Ventana a la Bioética”.

La relación clínica a través de la historia.

El doctor Oliverio López Gimeno reflexiona esta semana en nuestra Ventana a la Bioética sobre la relación clínica a través de la historia. En tres interesantes artículos analiza la relación clínica teniendo en cuenta al paciente, al médico y a la relación clínica en sí misma. La evolución a través del tiempo hasta llegar al consentimiento informado del paciente, el comportamiento médico respetando la autonomía del paciente o la propia relación clínica, son algunos de los aspectos sobre los que aporta una interesante visión.

Adjuntamos los artículos completos en la sección anexos.

EL COLEGIO INVITA A TODOS SUS COLEGIADOS A PARTICIPAR CON SUS APORTACIONES (CIENTÍFICAS, PROFESIONALES, OPINIONES, INFORMACIONES, NOTICIAS, ETC.) EN NUESTRA REVISTA ELECTRÓNICA QUINCENAL.

¡ ANIMO ! ES VUESTRA

Anexos

A continuación figuran los documentos anexos a los artículos e informaciones del boletín.

LA RELACIÓN CLÍNICA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

EL ENFERMO (I)

La correspondencia, trato o comunicación entre el profesional sanitario y el enfermo en el ámbito clínico, se denomina relación clínica. A lo largo de la historia de la humanidad esta relación ha evolucionado y sobre todo este cambio ha sido notabilísimo en los últimos cincuenta años, puedo afirmar que estos cambios en los últimos cincuenta son mayores que en los anteriores veinticinco siglos. Intentaré avalar esta afirmación mediante un breve análisis de los componentes de esta relación: el enfermo, quien le atiende y la relación misma.

En el inicio siempre se pensó que la persona enferma, por el hecho de estar enferma era una persona incapaz de tomar decisiones, pues la enfermedad impedía un correcto funcionamiento de su mente, para discernir que es lo bueno o cual lo malo para la persona enferma. El enfermo no puede tomar decisiones complejas con prudencia y atino, al igual que no lo puede hacer un niño. Y así como el niño confía en las decisiones de sus padres, el enfermo ha de confiar en lo que disponga y diga el que le trata o le cuida, ya que este elegirá con acierto por su sabiduría y rectitud moral. Un buen enfermo es el obediente y confiado, lo mismo que un niño bueno, es el que hace todo lo que sus padres le dicen, haciéndolo con prontitud, dócilmente y sin dudar.

Con el tiempo el enfermo se ha ido transformando en un sujeto más activo y reivindica su lugar en esta relación, desde la perspectiva social es lo que denominaré la “rebelión del sujeto” y desde la perspectiva clínica la “rebelión del paciente”. La rebelión del sujeto tiene su porqué en la sociedad civil, es el malestar del proletariado ante las miserables condiciones de vida que acompañan a la revolución industrial, con grandes industrias que llevaban aparejada la insalubridad, una evidente morbilidad, una importante dureza en el trabajo y junto a esto también un déficit alimentario y de higiene. Todos estos elementos llevados al terreno sanitario motivan una gran diferencia entre los acomodados y el proletariado pobre, así se aprecia una distinción entre la “medicina de ricos” y la atención sanitaria a los pobres y con esto dos tipos de medicina y atención, una relación clínica “para ricos” y otra “para pobres”.

En este estado de la cuestión, la desigualdad en la asistencia provocó lo que tenía que ocurrir, una rebelión social en el contexto del movimiento obrero. Poco a poco se van desarrollando acciones reivindicativas, hasta conseguir el desarrollo de sistemas colectivos y públicos de asistencia médica y sanitaria, que hacen desaparecer lo que había sido durante el tiempo anterior; un sistema para pobres basado en la precariedad de la beneficencia. Era el inicio de un sistema sanitario basado en un derecho reconocido de justicia. La rebelión del enfermo supone el reconocimiento de su condición de persona, que debe siempre ser escuchada y además debe ser comprendida en su parcela biográfica.

Para la “rebelión del paciente” habrá que esperar al año 1973 cuando la Asociación Americana de Hospitales aprueba la primera Carta de Derechos del Paciente, lo que supone el reconocimiento del derecho del paciente a recibir información completa sobre su situación clínica y a decidir sobre lo que se va a hacer en él. En la época de esta Carta surgen unas nuevas técnicas (diálisis renal, soporte vital, trasplantes...etc.) destinadas a pacientes muy graves y de las cuales dependía la supervivencia. La decisión de cuando iniciar estas medidas y a quién, en el contexto de escasez de las mismas con respecto a los necesitados de ellas, genera el deseo, petición y exigencia del paciente en participar de esas decisiones trascendentales. Aquí está el momento en que el enfermo deja de ser sujeto pasivo para convertirse en agente activo, pasa de niño obediente y dependiente, a adulto responsable y

reivindicativo, que tomará las decisiones que afectan a su cuerpo, es la mentalidad autonomista.

Ahora la idea que predomina es la de que cada uno ha de asumir las decisiones, ha de seguir la directriz de sus valores, deseos e intereses en lo concerniente a su cuerpo y su vida, claro está dentro de unos límites. Ya no es correcto el hacer el bien al paciente sin su consentimiento, sin conocer su voluntad, pues ahora lo correcto es saber si lo que nosotros creemos que es bueno para él, así es por él considerado. Lo más llamativo es que la aparición de estos derechos del paciente haya sido tan retrasada con respecto a lo que sucedió en el ámbito religioso (libertad de conciencia por parte del protestantismo), y en el ámbito político con la sociedad democrática moderna.

El paciente se ha emancipado con retraso al pensamiento previo del filósofo Kant (1724-1804) cuando decía “*que el hombre había salido de su culposa minoría de edad*”. Los cambios liberales en la sociedad logran la emancipación del ciudadano del absolutismo, haciéndolo mayor de edad al reconocerle los derechos humanos civiles y políticos: derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad de conciencia y a la propiedad. Pues bien, han tenido que pasar muchos años, desde el reconocimiento de estos derechos humanos fundamentales, hasta el reconocimiento formal de los derechos de los pacientes. La forma en que se ha plasmado esta emancipación y rebelión en el campo sanitario es ni más ni menos que el **Consentimiento informado**, sin duda derecho del paciente como también sin duda, correlativo a deber del sanitario. Para llegar a esta situación el paciente ha hecho un recorrido por un tortuoso y dificultoso camino, teniendo que salvar muchos obstáculos de diversa génesis. En nuestro caso particular con un agravante, pues mientras en la mayoría de los Estados Europeos el recorrido fue en ámbito democrático, en España hubo un largo periodo sin esa peculiaridad, que dificultó si cabe más ese recorrido. Y lo más interesante, muchos cambios en el otro miembro de la relación clínica (el medico-el sanitario) y en la misma relación. Lo que comentaré en entregas posteriores.

LA RELACION CLÍNICA A TRAVÉS DE LA HISTORIA (II)

EL MÉDICO-EL SANITARIO

Si nos remontamos a las sociedades primitivas y arcaicas el médico era considerado como un chamán (hechicero de las sociedades primitivas) o sacerdote y en ocasiones a su figura se le confundía con la de juez y gobernante. El origen remoto de la profesión médica es la de un personaje privilegiado, respetado, poderoso, en ocasiones impune ante la ley común pues el mismo era ley. Es la figura que se puede denominar por su función social “médico-sacerdote”. En la cultura israelí, en ocasiones se confunde la función del médico y del sacerdote, en los textos bíblicos a veces aparecen entrelazadas la moral, la medicina y la religión: el diagnóstico de lepra se relacionaba con la impureza; la curación con el perdón del pecado y las prescripciones médicas con las normas morales.

Pasado un tiempo, en la antigüedad la figura del médico que predomina es la del médico-artesano. Es una persona que tiene una formación solo empírica, practicando maniobras curativas elementales como curar heridas, reducir fracturas, tal como procedería un herrero y carpintero, o bien administra hierbas como lo haría un brujo. En esta época cae su poderío, su respeto, y su autoridad está sometida a una estricta reglamentación, que en algunos casos (como en el Código de Hammurabi o el antiguo Israel) era una auténtica Ley del Talión.

Hasta el siglo XVIII se distinguen dos tipos de clínicos muy nítidamente diferenciados, uno de consideración intelectual y social más, es el profesional médico. El otro tipo, con menor formación teórica, realiza actividades clínicas de carácter manual, es el cirujano que se integrará en ese siglo XVIII a la medicina académica. El estatus social del primero corresponde a una de las formas más arquetípicas de profesión. El segundo a una ocupación u oficio artesanal. Es curioso a la par de interesante el concepto de profesión, en sentido sociológico una profesión tiene unas características nítidamente establecidas: 1-Preparación estrictamente reglamentada y específica. 2- Pruebas de ingreso en el grupo, que suelen culminar con un rito o juramento, permitiendo controlar el número de nuevos miembros. 3- Acceso universal a estos procedimientos específicos de formación y entrada en la profesión, que no está condicionada a la pertenencia a grupo social o familia. 4- Monopolio en la realización de las actividades que le son propias. 5- Fuerte cohesión interna del grupo. 6- Relación profesional con los clientes o usuarios no supeditada a los vínculos personales o afectivos. 7- Sentido social del trabajo. 8- Privilegio social y económico dentro de la comunidad (el profesional no cobra un salario sino unos “honorarios” que tienen un sentido simbólico de honor). 8- Código deontológico propio. Las profesiones prototipo de la sociedad antigua son la de sacerdote, la de gobernante o juez y la de médico (no es por azar el que las primeras universidades en la sociedad medieval tuvieran tres Facultades Mayores: Teología, Derecho y Medicina.). Las profesiones sin duda dan poder, el sacerdote es el representante de Dios, señor del macrocosmos (Universo); el rey, el gobernante y el juez rigen el mesocósmos (la sociedad, la nación); el médico tiene poder sobre el microcosmos (el cuerpo).

Toda esta tradición nos posibilita el poder hablar en un sentido estrictamente sociológico, del “papel sacerdotal del médico”.

Durante lo que pudiera llamarse la influencia hipocrática que sobrepasa abundantemente la vida de Hipócrates (Hipócrates de Cos 460 a.C – 370 a.C es considerado el padre de la Medicina y paradigma del médico antiguo, convirtió la medicina en una auténtica profesión) el “médico artesanal” asciende intelectual, social y profesionalmente; ya no es el “médico sacerdote” pues elabora una teoría lógica y natural de la salud y la

enfermedad y la aplica en la práctica. Mantiene una elevada posición social donde también desarrolla su profesión, gracias a su superación cultural, es el “médico filósofo”. No obstante en este periodo también coexiste con este tipo de médico el “medico artesanal”, de menos preparación intelectual que desarrolla su trabajo en los estamentos sociales más inferiores, están dedicados a realizar curas de forma artesanal mediante prácticas propias de la cirugía, o a veces también mediante ceremonias de fondo supersticioso.

Perdida la tradición grecorromana se inicia la Alta Edad Media (caída del Imperio Romano de Occidente en el 476 hasta el año 1000), caracterizada por un retraso cultural donde los saberes médicos, quedan reducidos a los manuscritos recogidos en los monasterios. Los monjes son los preservadores de los pocos conocimientos que llegan de la medicina clásica anterior; hablamos de la “medicina monástica”. Son estos monjes en las enfermerías y hospitales anexos a los monasterios donde desarrollan la medicina y el cuidado de los enfermos, siguiendo la regla benedictina: *“debe ser ante todo practicado como si dispensándoselo a los enfermos, al mismo Cristo se le dispensase”*. Como vemos de nuevo medicina y religión se cruzan en la historia. La Baja Edad media (siglos XI a XV) trae una recuperación de los textos clásicos gracias a la traducción de sus originales y con ello dos logros, el auge de la medicina y que se haga más laica. La Iglesia en los siglos XII y XIII restringe las prácticas médicas de los clérigos, no viendo bien que los monjes ejercieran la medicina fuera de los monasterios e incluso el aprendizaje de la medicina; estas restricciones y prohibiciones sobre todo afectaron al apartado de la cirugía, quizá para evitar que los monjes se vieran involucrados en intervenciones con resultado de muerte. Esta tendencia a la secularización de la medicina va progresando y se ve favorecida por la inclusión de su enseñanza en las primeras universidades. En el siglo XIX los médicos generales, especialistas y cirujanos se integran en la clase burguesa y se consideran árbitros legisladores de la vida del hombre, disponiendo según su saber, así como monopolizando su labor que se considera propia de una función liberal. En el siglo XX tras la revolución industrial se cuestiona la liberalidad del ejercicio médico, debido a la aparición de los seguros sanitarios de carácter público y de ámbito nacional. Los médicos se fueron integrando en estos sistemas sanitarios perdiendo en alguna medida su carácter de profesión liberal, para acercarse al concepto de asalariado distinguido o casi funcionarial. Por otra parte la proliferación de especialidades lleva aparejado el trabajo en equipo y una estructuración del sistema sanitario con los tres niveles actuales: un nivel primario de medicina general, higiene y prevención; un nivel secundario de consultas especializadas en régimen ambulatorio, y un nivel terciario que corresponde a los centros hospitalarios también con nivel jerárquico. Que pasó pues, que desaparece casi por completo la concepción tradicional de la medicina como profesión liberal y el “papel sacerdotal del médico”. Hoy el médico – el sanitario mayoritariamente está al servicio del sistema sanitario nacional o de las compañías de seguros, además el médico ha perdido la impunidad jurídica de tiempos pretéritos. La figura del médico ha pasado de estar socialmente privilegiada a ser actualmente un profesional más entre otros muchos análogos. Pero si esto lo podemos interpretar como no ya vigencia del “papel de médico sacerdote”, no quiere decir que este haya desaparecido, más bien se ha transformado. En la sociedad de bienestar, laica y pluralista, donde la virtud y el pecado pierden terreno, a la vez que lo ganan los valores de salud y prevención. Donde los ciudadanos de esa sociedad buscan con gran interés, lo saludable en el beber y en el comer, así como lo aconsejable en las sustancias a consumir o evitar y lo correcto en las prácticas de ejercicio, y los parámetros de laboratorio aconsejables...etc. Es de nuevo el médico, el nuevo sacerdote de esta sociedad de bienestar con un gran poder y no solo de persuasión. Si sociológicamente no es una figura análoga a la del sacerdote, si se ha transformado en el gran regulador de la vida de muchos hombres.

Aquí aparece la bioética para decir que ese gran poder del médico debe estar limitado por el principio de autonomía del paciente, según este principio, el médico no debe tomar las

decisiones por su paciente, más bien debe informarle de cuanto deba saber para que él decida. Debe renunciar al papel sacerdotal en aras de asesorar, convirtiéndose tras el asesor económico, en el asesor más codiciado.

Nos queda por analizar en una última entrega la relación clínica en si misma.

LA RELACIÓN CLÍNICA A TRAVÉS DE LA HISTORIA Y (III)

LA RELACIÓN CLÍNICA EN SI MISMA

Hoy día ¿es correcto hablar de relación médico enfermo? El gran humanista aragonés Pedro Laín Entralgo (1908 Urrea de Gaen-Teruel – Madrid 2001) comentó que la frase del clínico decimonónico Schweninger: “Cuando yo veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta”, ha perdido toda su fuerza explicativa. Hoy esta metáfora no la diría nadie que conozca, por poco que sea, esa relación.

El paciente se relaciona con el personal de enfermería, con el personal auxiliar, con los administrativos, con los celadores, con los servicios de admisión y de atención al cliente y con el médico. En la actualidad un hospital o un centro sanitario, por lo aislado, pudiera ser una isla pero desde luego no desierta. Deberíamos hablar de “relación sanitario-enfermo”. ¿Estamos de acuerdo? ¡Pues no! dado que a un centro sanitario o a un hospital no solo van los enfermos, sino también aquellas personas que quieren descartar la enfermedad o para prevenir estar enfermas. Asunto resuelto, ¿Qué tal si hablamos de relación sanitario-paciente?, ¡pues no! ahora el paciente ha dejado de ser sujeto pasivo para convertirse en sujeto agente, y muy, muy activo en esa relación. Se ha propuesto otra terminología como la de relación sanitario-cliente, que tampoco parece adecuada. También se ha postulado la denominación usuario-sanitario, aunque hay quien dice que tiene un recuerdo de mercantilismo y de reducir al enfermo a consumidor de recursos o servicios sanitarios. Además en esta relación no intervienen solo dos, únicos elementos, sino también las llamadas terceras partes: familia, amigos, administración del hospital, asistentes sociales, la sociedad misma y la industria. Para solventar todo esto se ha propuesto el hablar de “relación clínica” sin más.

A la estructura de la relación se le ha relacionado con algunos modelos: el paternalista, el informativo, el interpretativo, el deliberativo. Y más concretamente podemos decir que hoy se habla de tres tipos de relación clínica: “paternalista”, “oligárquica” y “democrática”.

La paternalista se fundamenta en la rectitud moral del médico-sanitario, de su buen hacer y saber, de su correcto proceder. Es una relación vertical, yo mando tu obedeces, el médico ordena y el paciente obedece sin poder elegir, como lo hace un sumiso niño.

La oligárquica es propia del trabajo en equipo, esta se ha ido generalizando en el transcurso del siglo XX, sigue siendo una relación vertical, el paciente no elige, sigue con sumisión las directrices sanitarias, la diferencia con la anterior es que en ella no interviene un solo médico sino que es todo un equipo sanitario el que toma la decisión, el poder se ha fragmentado pero el paciente sigue en actitud pasiva. Es una relación en la que las decisiones se toman desde varias perspectivas y, por ello será una decisión más contrastada, lo que la hace más beneficiosa, pero tiene el inconveniente de que la confidencialidad y discreción se pueden deteriorar, o al menos relajar.

La democrática, es la que ha traído la innovación, en el último tercio del siglo XX. Es una relación menos vertical, más horizontal gracias a reconocer y por ello se introducen, en ella, los derechos de los enfermos. El paciente toma libremente las decisiones, fundándose en sus valores, intereses y preferencias, tras haber sido informado por el equipo que le atiende. Es una relación, como digo, más horizontal pero no totalmente simétrica. La decisión final es el resultado de un proceso en el que converge la información técnica del médico, con los deseos del paciente, uno aporta saber, experiencia clínica, información técnica y consejos, el otro escucha la información y la contrasta con sus deseos, intereses y preferencias....Por primera vez el médico propone, el enfermo dispone y se pudiera pensar que el sistema lo descompone. El médico se ha visto desposeído en parte, de su gran poder de decisión y la relación con el enfermo se ha transformado profundamente. Esto que digo se ha plasmado en lo que se conoce como “el consentimiento informado”.

Conclusión: En la relación clínica del siglo XXI intervienen: el enfermo, el sanitario, la institución sanitaria y la industria; cada una de estas partes con su lógica y con sus valores.

El médico-sanitario con la lógica del cuidado, que conlleva el valor de beneficencia y no maleficencia. El paciente con su lógica del cuidado y sus valores de accesibilidad e inmediatez. La institución que desarrolla la lógica del rendimiento y sus valores de eficiencia, sostenibilidad y viabilidad. La industria con la lógica de rentabilidad e innovación y sus valores de efectividad y ganancia. Esta complejidad de elementos intervinientes, cada uno de ellos con sus deseos, preferencias y cometidos, hace que sea altamente complicada y difícil, a la par que más simétrica y más equitativa en un contexto de recursos escasos.

El bioeticista norteamericano Mark Siegler dice que el paternalismo o “era del médico” se extendió entre el año 500 a.C hasta 1965. Luego vino la era de la “autonomía” o “era del paciente” que desembocó en la actual “era de la burocracia” o “de los contribuyentes”, de esta última, nos dice, que tiene unas características propias que la definen: 1- Contener el gasto y administrar con eficiencia los recursos sanitarios. 2- Analizar los riesgos y beneficios de cada intervención clínica en el marco social. 3- Equilibrar necesidades y deseos del paciente con la justicia social de la comunidad de la que forma parte.

El paternalismo del médico y la autonomía del paciente se verán reemplazados por criterios de conveniencia a nivel social e institucional, basadas principalmente en razones económicas y necesidades sociales, los deseos tanto médicos como del paciente estarán subordinados a los administradores y burócratas, es la medicina gestionada. Este planteamiento de Siegler es un esquema teórico que parece ser útil si se toma con flexibilidad.

Entre el paternalismo tradicional más radical y la burocratización más extrema hay un gran abanico de posibilidades relacionales en las que desarrollar la práctica clínica y podemos abrazar un tipo de relación u otra, lo deseable será un equilibrio entre la autonomía del paciente, la información del médico y la gestión de la institución. Equilibrio que se antoja difícil si se parte de posiciones defensivas, rígidas, desde las que vemos al otro como que nos molesta y nos hace más penoso el trabajo de esta relación. Sin lugar a duda actualmente es una relación clínica más laboriosa y conflictiva a la par de más humana y de mayor corrección ética y social.