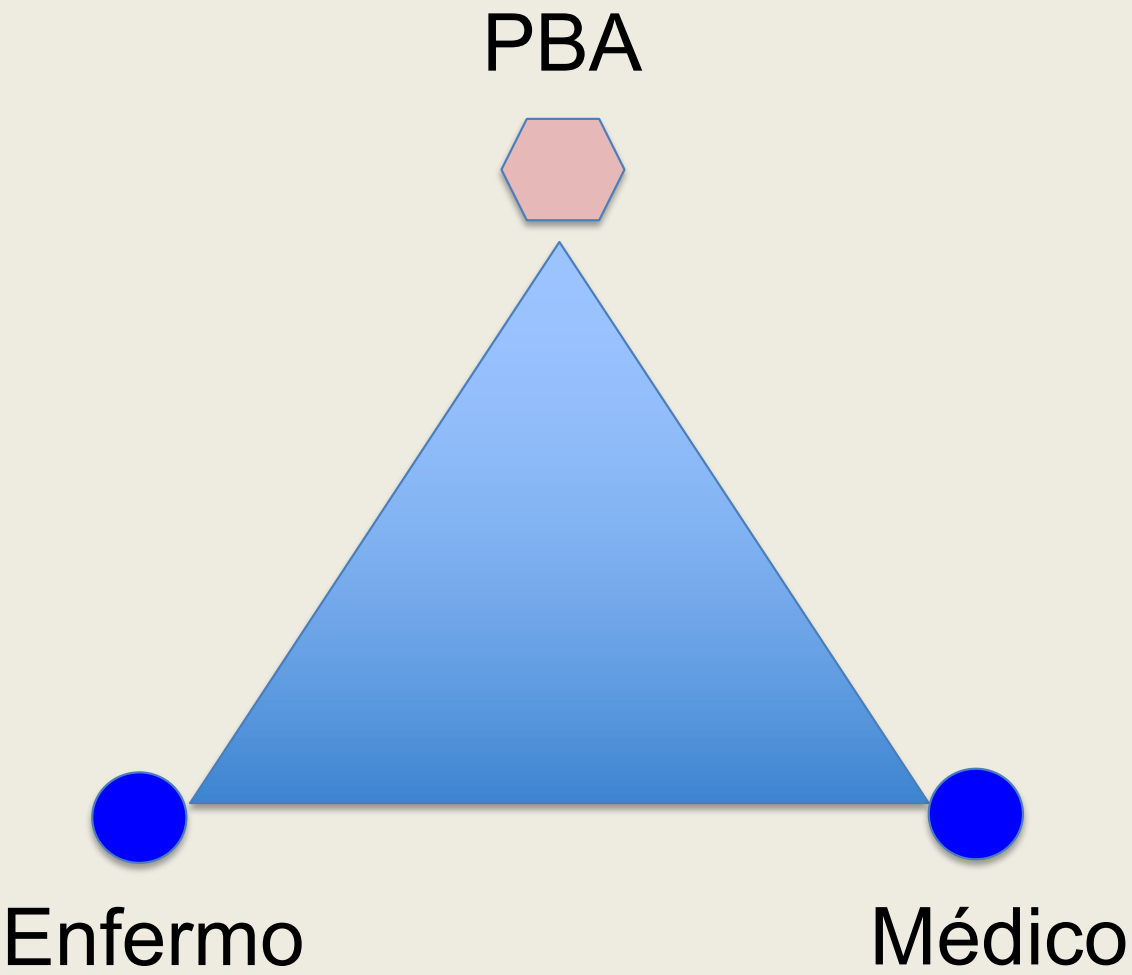
Discurs d'ingrés com Acadèmic Honorífic

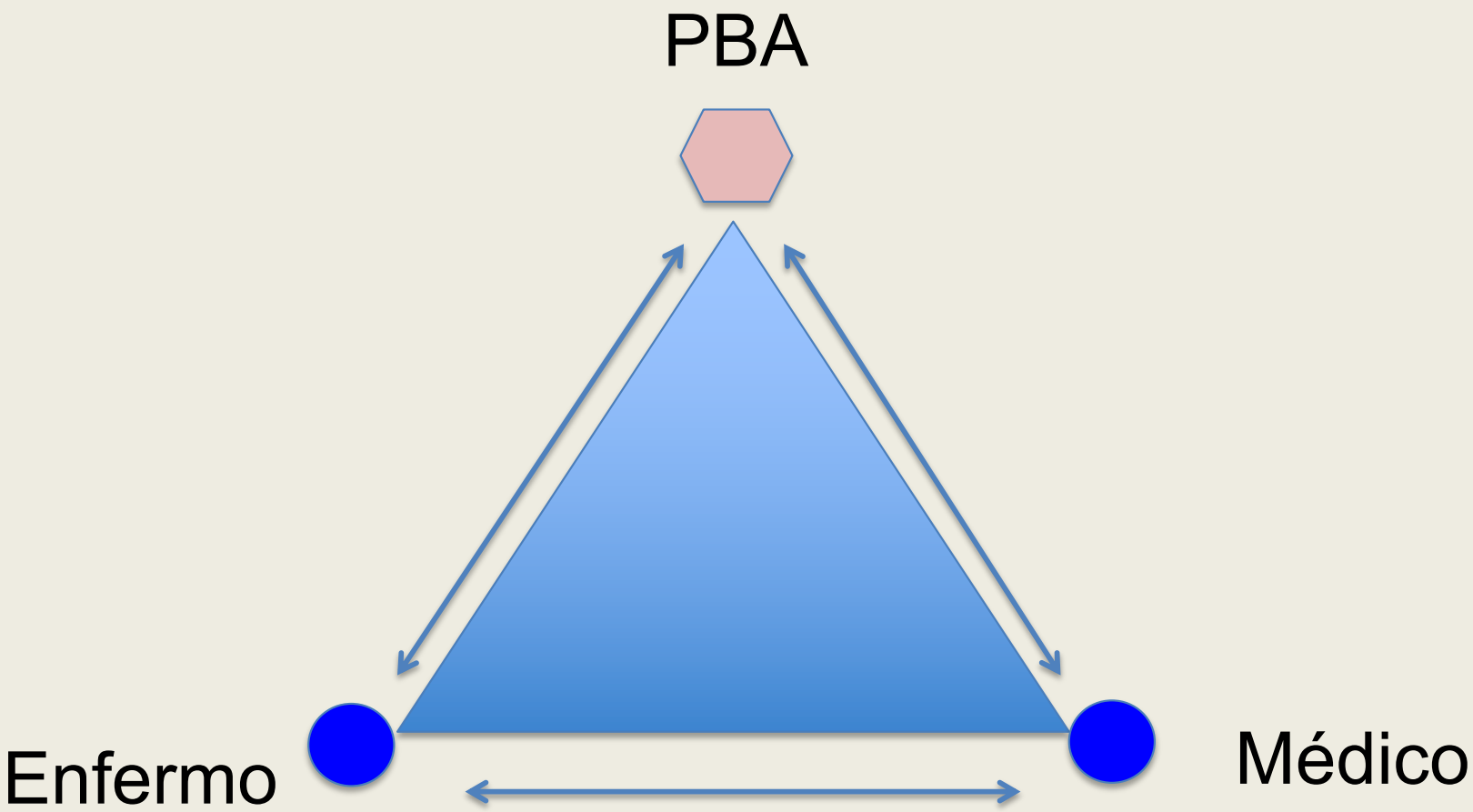
La necesaria corrección del paradigma médico en la praxis clínica

ÀNGEL LLÀCER ESCORIHUELA

1 de Julio de 2021

El concepto médico ligado al contacto con el enfermo



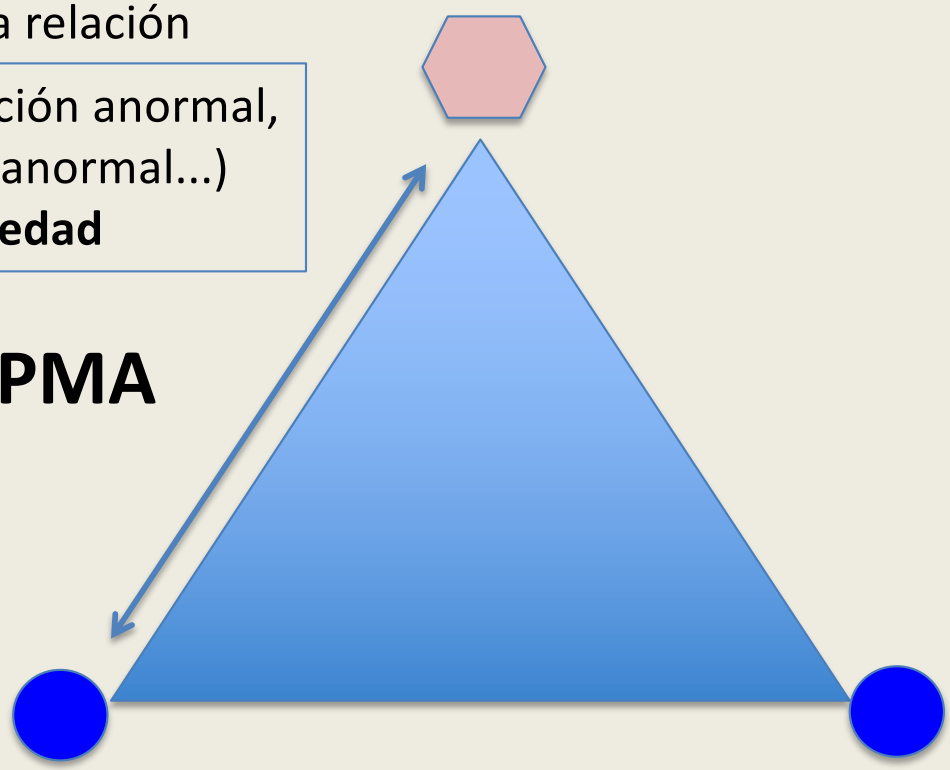

PBA
Enfermo
Médico

PBA

PA que inicia la relación

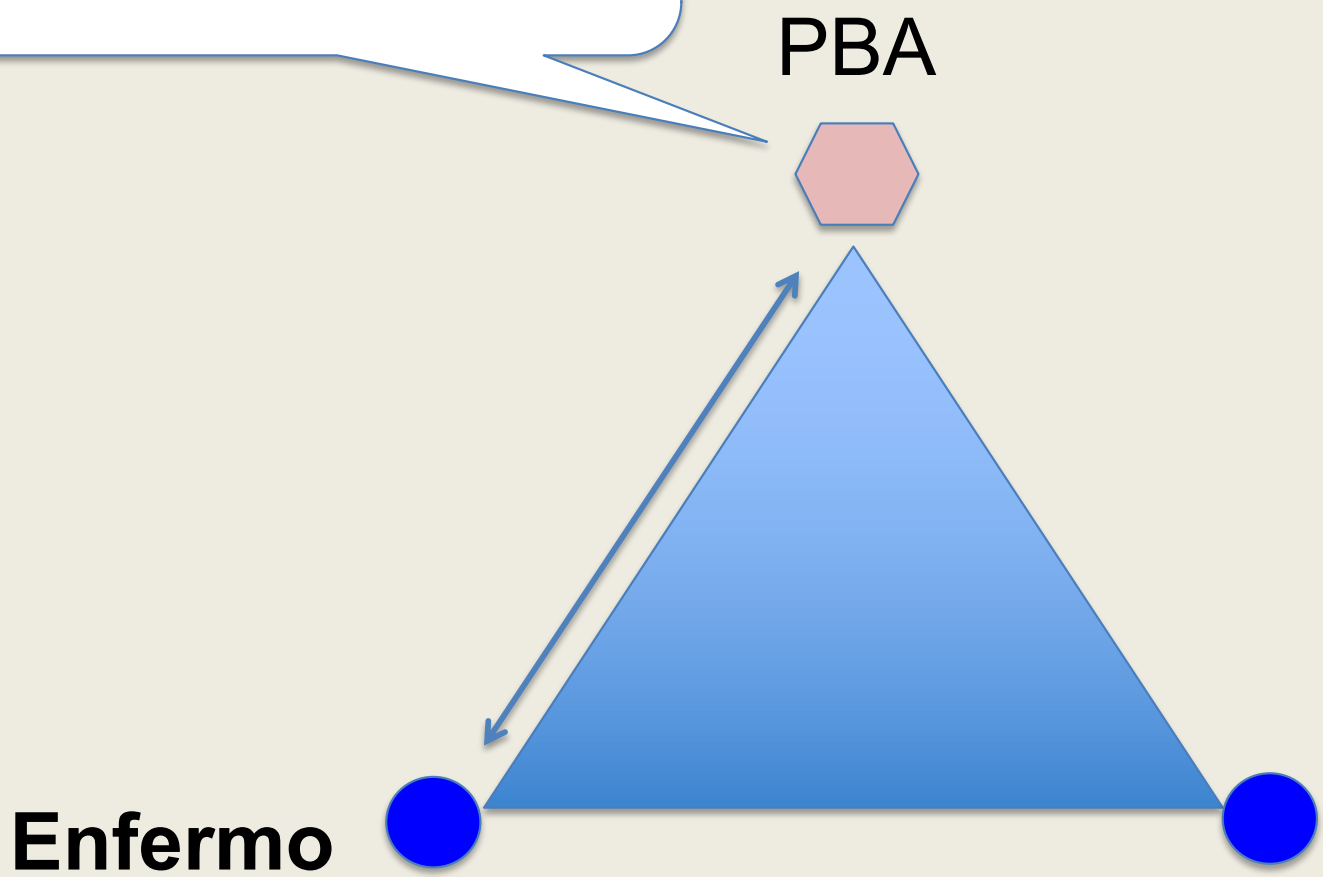
*duda (AF, sensación anormal, dato biológico anormal...)
*enfermedad

R E-PMA

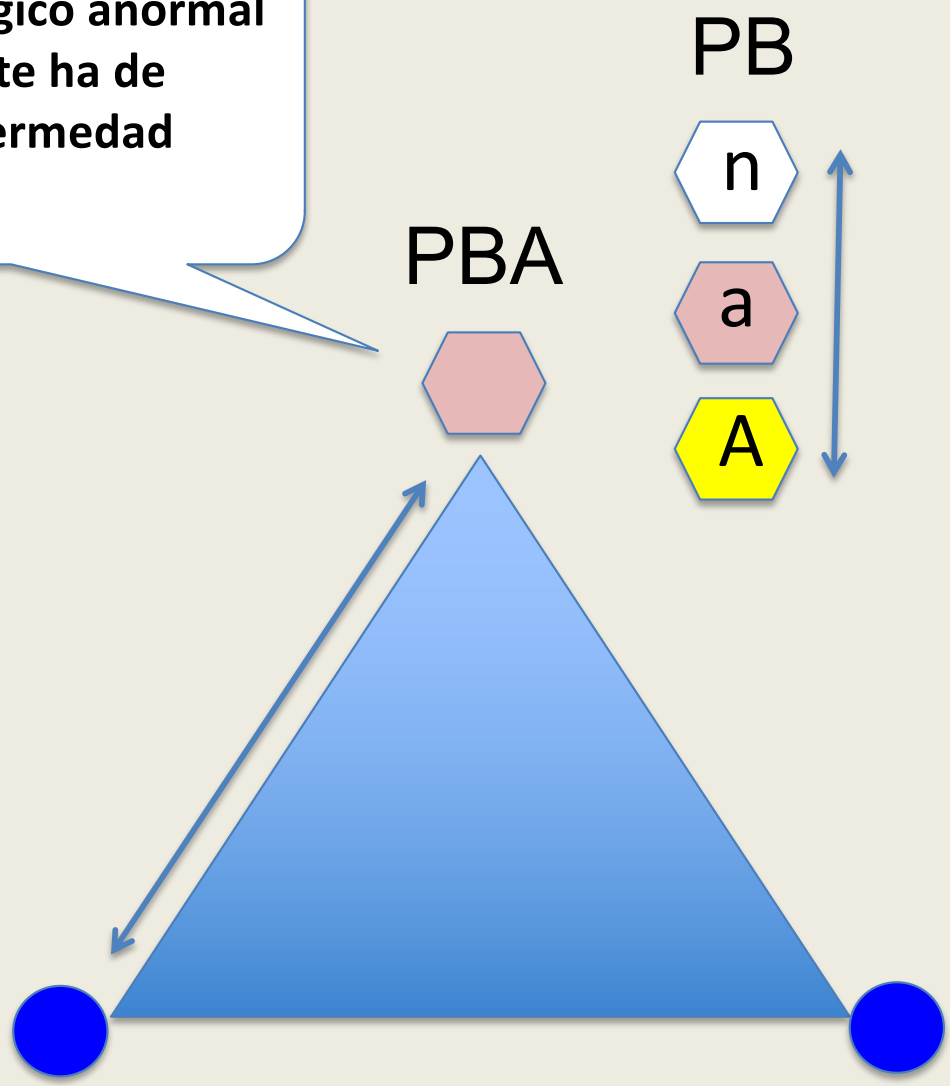


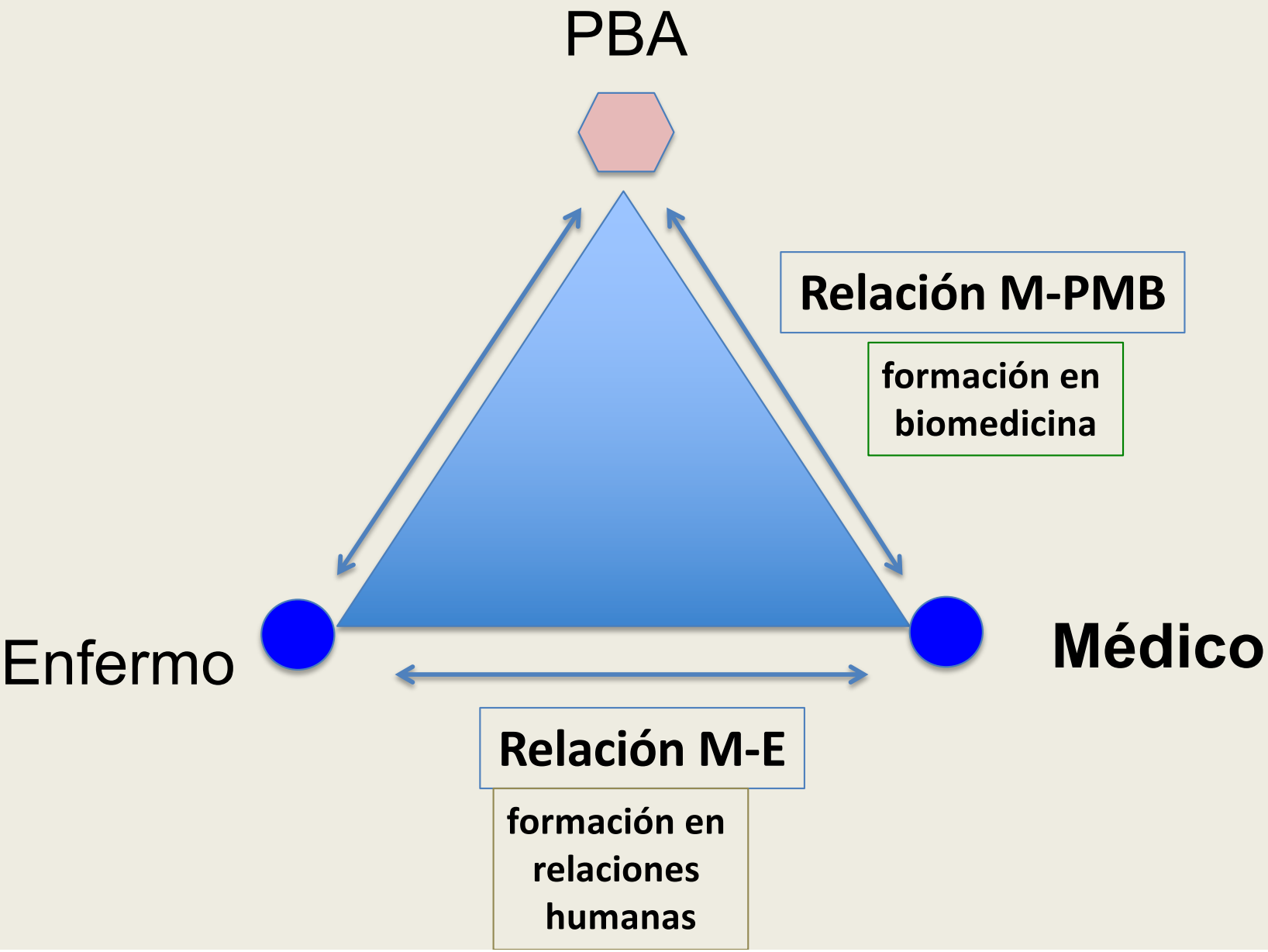
Enfermo

Un proceso biológico anormal no necesariamente ha estar relacionado con una enfermedad



Un proceso biológico anormal no necesariamente ha de producir una enfermedad percibida en vida




PBA
Relación M-PMB
formación en biomedicina
Enfermo
Médico
Relación M-E
formación en relaciones humanas

Conocimiento del PBA

Ciencias biomédicas
y afines

PB

n

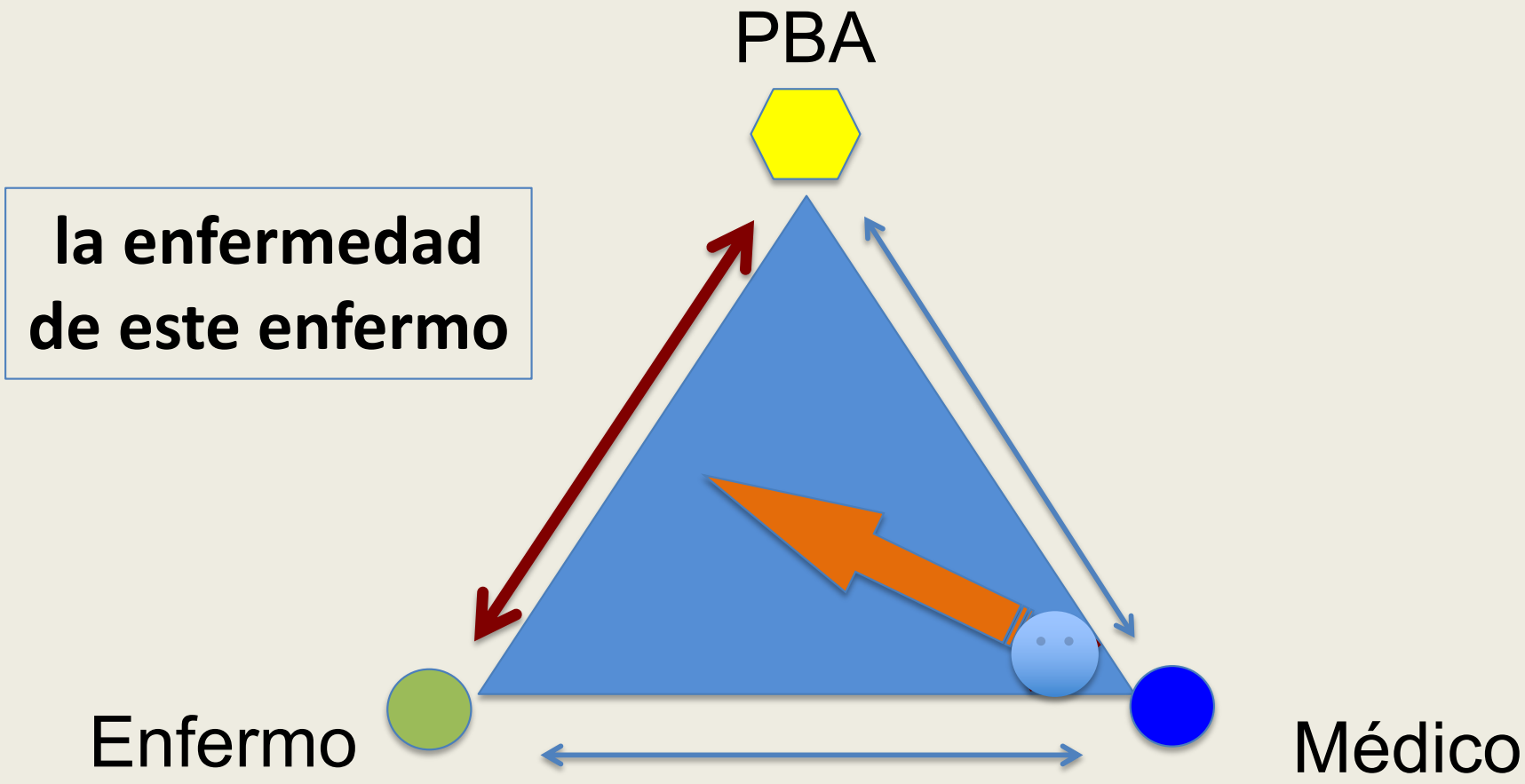
a

A

Investigadores:
biólogos, biofísicos, bioquímicos, químicos, matemáticos, informáticos, **médicos**..... otros

Solo parte de de estos conocimientos científicos se utilizan en la praxis clínica

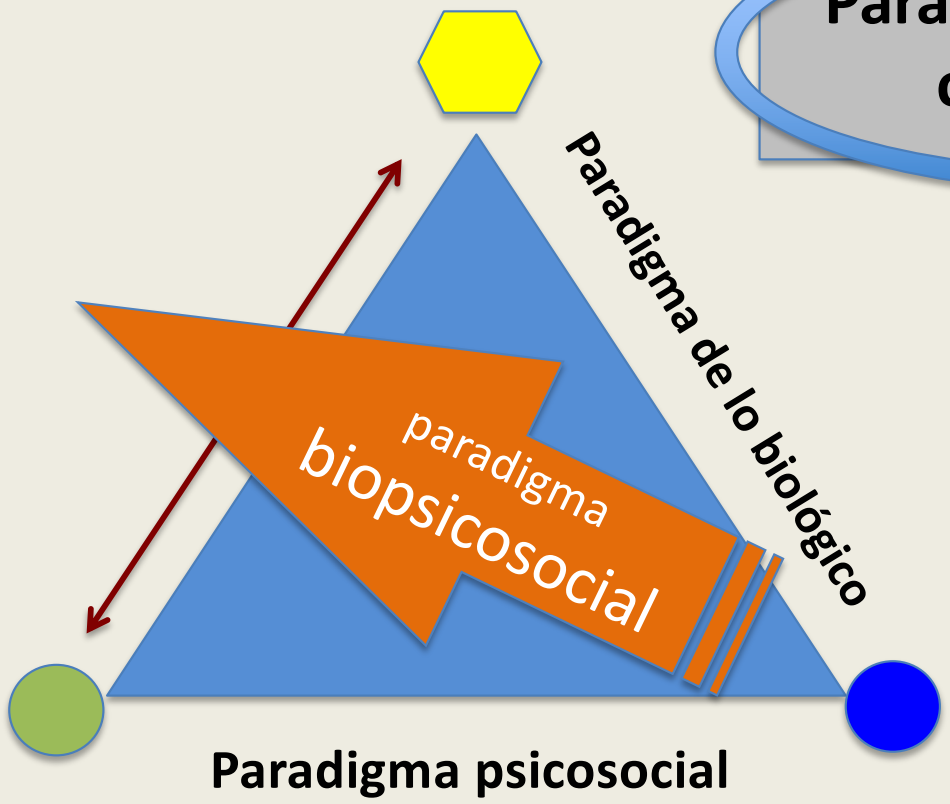
Enfoque del médico clínico



Paradigmas médicos

Ciencias biomédicas
Médico
investigador

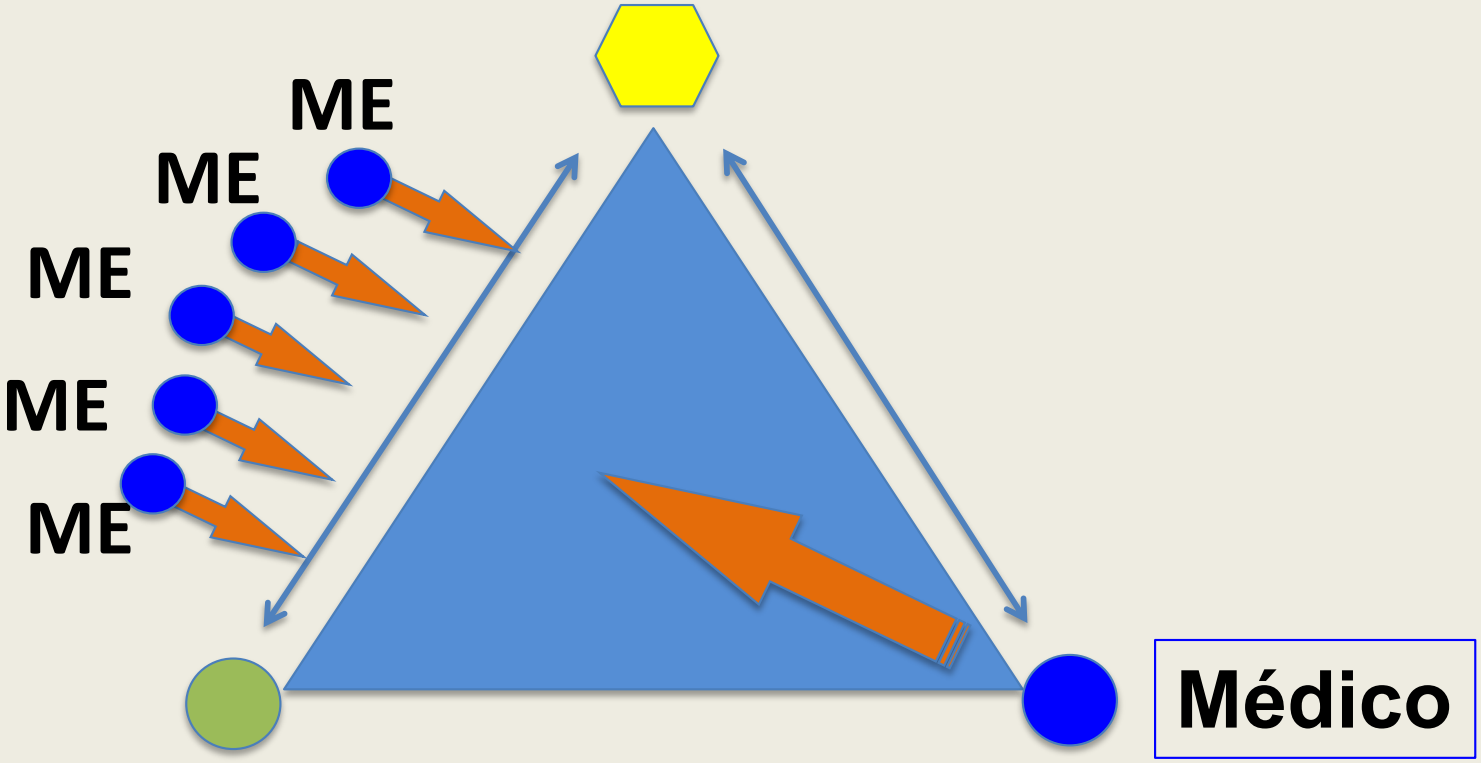
Paradigma biológico
o biomédico



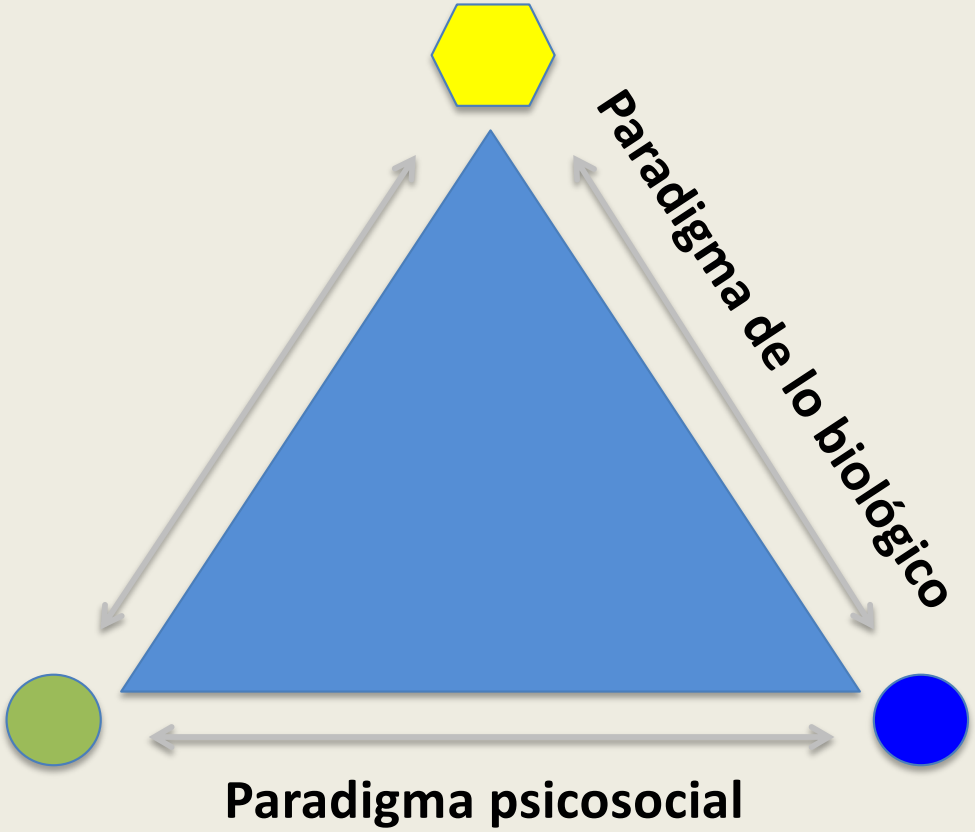
Médico
clínico

Especialistas médicos

La naturaleza de la enfermedad indicada el nivel de asistencia requerido



Riesgos del paradigma clínico equivocado



-vacio de dos dimensiones del conocimiento de la enfermedad (lo personal)
-plétora de datos y actos biológicos innecesarios

Médico clínico

-vacio del conocimiento biológico alterado

Sesgos en el conocimiento de la enfermedad

El conocimiento de la enfermedad basado en la investigación clínica

Ciencias clínicas*

Conocimiento de la enfermedad

Base: Investigación clínica

Patrones de enfermedad
(basados en análisis de parámetros "duros" recogidos de los enfermos)

Déficits: No se analizan las variables "blandas" de la persona enferma que intervienen en su desarrollo.

Ciencias biomédicas

Conocimiento del PBA

* se excluye aquí la rama de la psiquiatría

Déficits de esta fuente de conocimiento

Ciencias clínicas

Conocimiento de la enfermedad

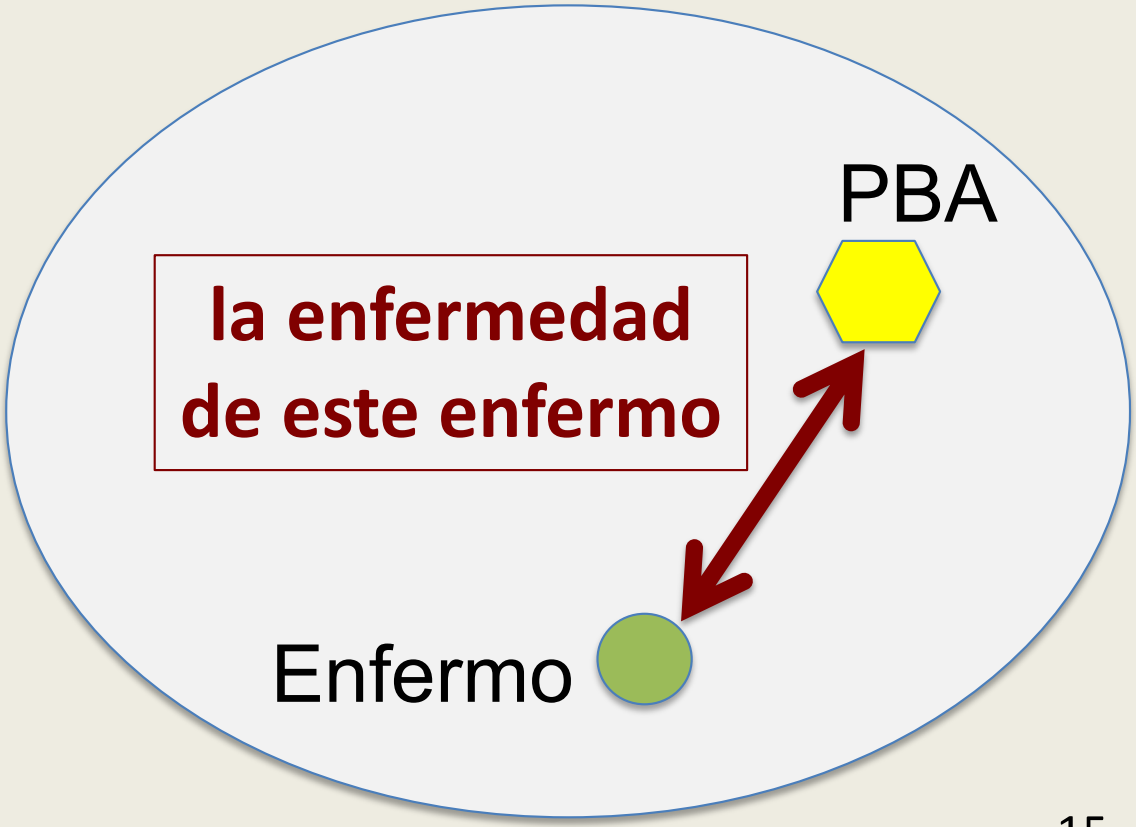
Base: Investigación clínica

Patrones de enfermedad
(basados en análisis de parámetros "duros" recogidos de los enfermos)

Défitis: No se analizan las variables "blandas" de la persona enferma que intervienen en su desarrollo. (registros de la HªCª)

Ciencias biomédicas

Conocimiento del PBA



Conocimiento de la enfermedad

Base: Investigación clínica

Patrones de enfermedad
(basados en análisis de parámetros "duros" -datos- recogidosde los enfermos)

Défitis: No se analizan las variables "blandas" de la persona enferma que intervienen en su desarrollo.

EL conocimiento clínico sesgado como fuente del conocimiento

Las bases de las guias clínicas*
(para la toma de decisiones)

"Medicina basada en la evidencia"

**La referencia, como apostilla, en las guias de que hay que considerar la peculiaridad de cada caso, no soluciona el problema.*

Los sesgos de las guias clínicas

La investigación de los patrones de enfermedad excluyen datos de la persona enferma constituyentes de la enfermedad.

El foco del análisis es excluyente. No es representativo de una realidad no considerada.

El sesgo de estas guias las limita, y en muchos casos las invalida, como guias del conocimiento para la toma de decisiones del médico clínico.

Relacionar estas guias con la "Medicina basada en la evidencia" es una extralimitación de lo que representa la evidencia de la realidad.

Las guias clínicas pueden desviar la atención del enfoque en el enfermo que es el eje del paradigma biopsicosocial.

Consecuencias del error del paradigma clínico de lo biológico

Praxis orientada a decantar la balanza hacia los datos biológicos

qué hacer para el plan de diagnóstico biológico:

-analíticas,
-exploraciones especiales
-consultas a especialistas
-más consultas ....

qué hacer para el plan terapéutico biológico:

-intervenciones con fármacos,
-intervenciones: quirúrgicas...
-intervenciones físicas
-dependencias de controles.

Resultados de la assistencia sesgada

Medicina desasistida y errada + abusos asistenciales improcedentes
= Fracaso + frustración

Beneficiarios

Industria biomédica

Medicina paternalista

Medicina irracional

Medicina industrializada

Agencias de servicios médicos

Perjudicados

Los enfermos

La medicina participativa

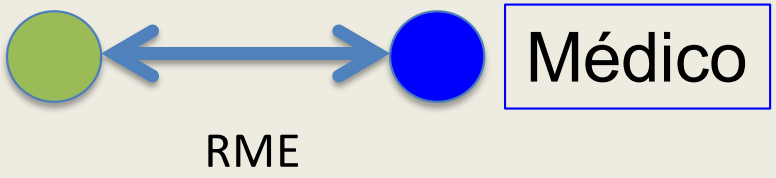
La medicina racional

La medicina de las personas

Los médicos clínicos

La medicina de las personas

Conocimiento médico de la persona enferma



Interés por lo humano

Necesidades profesionales

conocer, comprender, atender, cuidar, solidaritat, elegancia.

Necesidades formativas.

Saber comunicar:
habilidades comunicativas,
dominar el lenguaje y los significados

Sensibilidad profesional para:
captar perfiles emocionales
atender las sensibilidades

Fuentes:

Humanidades, Psicosocial.

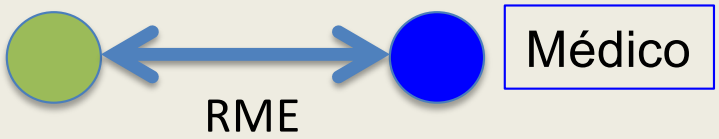
Literatura, cine... artes

El conocimiento implícito de la persona

El enfermo en busca de la salud* perdida: conservar lo más personal

Al enfermo le gustaria vivir como cuando estaba sano: una vida autónoma, solidaria y gozosa

* Salud: la manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa.



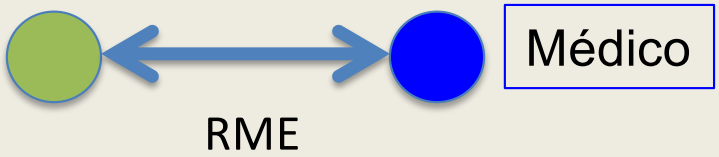
No vedríam mal.... habilidades profesionales de sensibilidad ...:

La apuesta asistencial médica por el respeto al gozo personal del enfermo en su atención y su cuidado.

Sobre los gozos.

* Salud: la manera de vivir autónoma, solidaria y **gozosa**.

Relación del enfermo con su enfermedad



Enfermedad:

-fuente de cambios de todo tipo y nivel

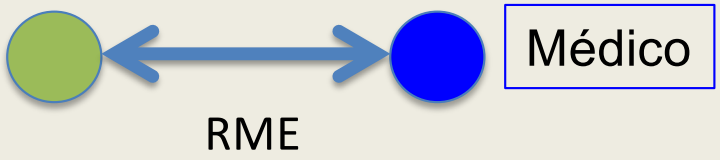
Enfermo:

-cada enfermo es un mundo particularizado

La atención del médico:

-poner el foco en la persona.

-atender el proceso -en el contexto en que se desarrolla
-en lo sintiente y requerido por el enfermo.



La relación médico/enfermo

Guía profesional....

La relació metge/pacient (RMP)

(relació social interpersonal)

Sistema social de 2 individualitats en una **unitat nova** que funciona com sistema obert:

·funciona com un tot
· circularitat i retroalimentació
·autoregulació
·resultats amb una mateixa resposta final en el marc de enteniment

Modificat de Nieto, Abad, Esteban & Tejerina.

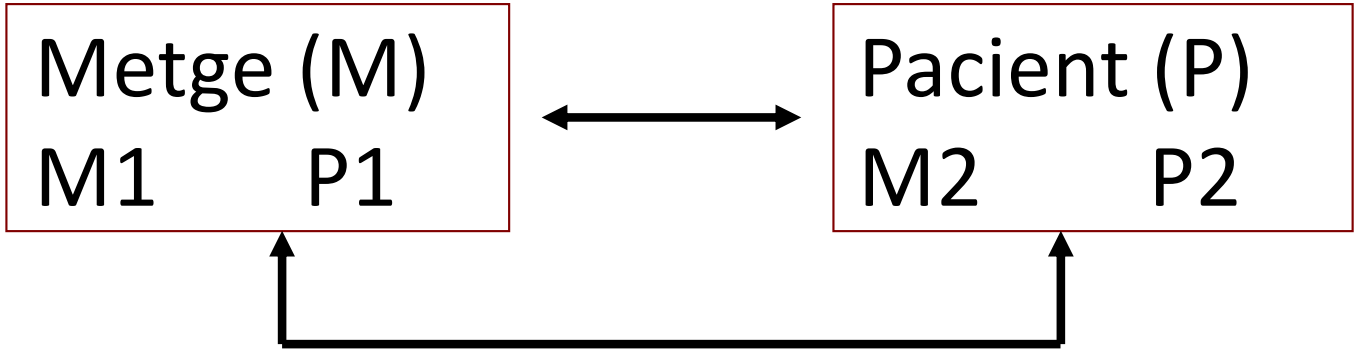
La RMP com a sistema social.

Relació interpersonal (Thayer)

Què aporta M a la R ?:
El seu concepte sobre si mateix: M1
El seu concepte sobre el pacient: P1

Què aporta P a la R?:
El seu concepte sobre si mateix: P2
El seu concepte sobre el metge: M2

Sistema interactiu metge-pacient



Unitat nova de sistema obert

Interacció: a través de **missatges** entre ambdós:

-verbals,
-para-verbals (inflexions de veu, ritme, cadència, intensitat, so, èmfasi),
-llenguatge corporal, **-missatges de context** (situació física o social de la relació)

Modificat de Nieto, Abad, Esteban & Tejerina.

El discurso para la RAMCV

Los déficits del desarrollo

En un **ambiente acelerado** de crecimiento científico y tecnológico:

- Afloran constantemente **desajustes** de acoplamientos de las tareas y las aplicaciones clínicas.
- Está **en desuso la comunicación interpersonal** de relación M/E el medio que nos permite seguir el paradigma de la atención a la persona enferma.

El problema es que la bondad de las aportaciones tecnológicas para la resolución de los procesos biológicos atrae la atención y facilita la potenciación de su uso, tanto si es racional como irracional.

El problema no es reciente

Terminada la II Guerra Mundial: **Impacto del desarrollo tecnológico**

Crecimiento tecnológico + Se inicia del Estado del Bienestar (la educación, la salud, lo social).

La ciencia crece, la industria crece, apoyo al desarrollo del EB.

Crisis económica de los años 60:

Reducción de apoyo y cuestionamiento de ayudas al EB

Se reajustan las áreas de inversión económica:

·el desarrollo de la biomedicina sigue de la mano del desarrollo tecnológico con el apoyo financiero que lo marca como objetivo de inversión.

Crisis económica de los años 60: ....

.La formación de los profesionales médicos, paralelamente, seguiría los patrones doctrinales del paradigma biomédico, basándose en poder de lo novedoso para diagnosticar y tratar el proceso biológico, sin atender al desarrollo o cuidado de la persona del enfermo.

·El paradigma se potenció con el modelo paternalista de la R M/E.

·No existían sistemas de control para los usos de las novedades.

·Dos hechos flagrantes de la asistencia médica alertaron de los abusos e insuficiencias : los abusos de la praxis terapéuticas desplazan la atención a las necesidades asistenciales de los enfermos)

Crisis económica de los años 70:

·Cochrane (1971) y McKeown (1976) ponen en duda el poder curativo de la nueva medicina al plantear cuatro preguntas:

¿Para qué han servido hasta ahora los nuevos procedimientos?
¿Qué le pasa a este paciente?
¿Cual es la utilidad real de un determinado procedimiento o terap...?
¿Los pacientes se benefician de estas potencialidades terapéuticas?

Y reclaman un nuevo paradigma que atienda a las personas, apuntando tres axiomas:

·Superioridad de la medicina preventiva sobre la curativa,
·Necesidad de desplazar la centralidad de los sistemas a la medicina primaria,
·Necesidad de un nuevo médico de cabecera capaz de afrontar los problemas de salud de la nueva sociedad.

España, 1976, Xè CMBLC:

Impulso de un movimiento para una cultura médica nueva.

·Jordi Gol, médico de cabecera con influjo de la escuela clásica de Letamendi*, fué un referente:

·"Tratar personas" con un nuevo referente de la salud que implica aspectos positivos de la manera de vivir de la persona: *"la manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa".*

·Abrir paso a la cercanía en la RM/E.

·Desarrollar la red asistencial para el cuidado más integral e interdisciplinar.

· Se crea el GAPS**, con sanitarios y sanitaristas implicados..., cuyos informes influyen las reformas sanitarias de las 2 CCAA aprobadas, Andalucía y Cataluña.

*Letamendi: "tratar personas" se daba en marco paternalista

**Gabinete de Asesoria y Promoción de la Salud

·"La administración sanitaria de Andalucía, con un esfuerzo de imaginación y decisión política fue un ejemplo único de voluntad y tenacidad para llevar a término la reforma aplicando gran parte de las propuestas de dos informes del GAPS". *

·Revisión de resultados en Cataluña a los diez años*: "se necesitan actitudes serenas y una comprensión científica de la realidad

La Declaración de Alma-Ata (1978).

Hito histórico, (representantes de 164pises, 50 OING convocadas por OMS i UNICEF):

Defiende:

1) "la salud como derecho humano fundamental para la promoción universal
2) "El centro referencial de la asistencia da preferencia a la atención primaria".

(Punto de infllexión para el desarrollo de la asistencia sanitaria desde la visión global de la salud pública)..

** N Acarín, "El repte sanitari". Quadern CAPS.*

Hay puntos en común en estos movimientos para el cambio en los sistemas sanitarios. ¿Qué peso tuvieron para conseguir avances?

Evolución de los cambios en los 50 años:
Diversa e irregular.
Hay dificultades y auténticas barreras para los cambios.

** N Acarín, "El repte sanitari". Quadern CAPS.*

Consideraciones sobre la situación actual

La dinámica del crecimiento tecnológico. 1

·La ciencia es el referente que sustenta el desarrollo.
En el mundo real, **la ciencia aplicada es la que es y crece por los caminos escogidos** por los promotores que la sustentan.

·La acumulación de conocimientos y cambios definen el ámbito en el que se estructura y se mueve todo**: la complejidad y la dinámica del desarrollo.**

·**Las bondades de la tecnología**. El conocimiento se expande en muchas direcciones. Los avances tecnológicos nos mejoran en general. Siguiendo a Eudald Carbonell,
"la tecnología ens farà humans"

Consideraciones sobre la situación actual

La dinámica del crecimiento tecnológico. 2

Cuestiones sobre el "objeto tecnológico bueno":

¿bueno para qué?
¿a costa de qué se ha desarrollado?
¿qué implica su uso directa e indirectamente?
¿qué efectos deseados y colaterales cabe esperar?

Efectos de los avances en la tecnología de la comunicación.

·crecimiento en todas las áreas del conocimiento y en las mejoras de nuestras vidas.
·La transferencia del conocimiento abre las puertas de las fuentes y las pone a disposición de la población.
·estan cambiando el panorama y dan esperanza para avanzar

Avances de la ciencia en la medicina clínica

·Avances en el ámbito biopsicosocial

·Avances en la biomedicina

Avances en el ámbito biopsicosocial

·Aportación de elementos técnicos y de análisis al desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión sanitaria en su concepción global.

·Conocimientos y destrezas para la gestión y la praxis clínica en todos los niveles y ámbitos.

Avances en el ámbito de la biomedicina

·En el conocimiento de los procesos biológicos.

·Frutos de las tecnología aplicada para conocer, resolver o mitigar problemas de la salud. Irrefutable.

Pero:

·Mucha visibilidad en la sociedad por la difusión y propaganda...

·Fines comerciales **por lo bueno,** o **por lo novedoso** (fuente de esperanza..)

·El gancho comercial de lo novedoso como herramienta de convencimiento y engaño...

·Desviaciones del uso honesto. La propaganda desde muchos frentes.

·Las estrategias de penetración en el mercado en todos los campos (pacientes, prescriptores, administradores, políticos.. Toda la gama de lo posible.

. · ·La valoración de la industria en las encuestas de opinión.

Los cambios y no cambios desde la ilusiones utópicas

Se avanza en:

- las mejoras proporcionadas por los productos de los avances biomédicos,
- los sistemas de control de los productos industriales,
- el control de los procedimientos y usos diagnósticos y terapéuticos,
- en los programas de prevención y rehabilitación...
- en la gestión de los servicios sanitarios.
- en ...

Pero los grandes problemas del paradigma siguen ahí.

Tres puntos de atención

***Choque de intereses**: Los diversos servicios sanitarios que se ofrecen compiten entre sí en el reparto de recursos que se disponen para su desarrollo.*

***Tareas de la administración** y gestión de los servicios:*

·establecer políticas de distribución de recursos

·reclamar sistemas de control sobre la calidad y el valor real de los servicios y de los productos que adquiere y gestiona.

***Barreras reales**:*

Hay muchos intereses que se cruzan en el camino e impiden el progreso y los cambios solicitados.

La esperanza desde los equipos multidisciplinares

Quizás, el progreso de la ciencia social y la tecnología de comunicación permitan cambios cualitativos de peso.

Los programas de asistencia multidisciplinar para la atención personalizada de los pacientes crónicos.

·Empiezan a despuntar por el empeño y empuje de los professionales clínicos motivados, quienes

·han creado equipos y programas asistenciales para procesos especiales –los más necesitados de cuidados mixtos de medicina y enfermería –y en su caso, otros sociales- integrando el control hospitalario y el ambulatorio de centros de salud y domiciliarios.

·Para ponerse en marcha y asumir la gestión del control buscan recursos allá donde es posible.

Las bondades de la asistencia sanitaria integral

- *enseña a afrontar la enfermedad, a conocerla y a cómo llevar el autocontrol*
- *apoyo integral donde se hace visible la respuesta de compasión inherente al profesionalismo de los clínicos.*
- *la cercanía cuando hay necesidad.*

Una oportunidad para que estos equipos sean referentes para la implantación de los cuidados de medicina y enfermeria en todos los ámbitos del trabajo clínico, unas funciones que en los esquemas actuales tienen pocas oportunidades para desarrollar el rol que definen sus profesiones.

Empujar hacia la asistencia sanitaria integral

- **Una buena base estructural y funcional es necesaria en cualquier sistema de gestión.**
- **El marco de servicio público tiene algunos éxitos de esta modalidad de asistencia sanitaria integral interdisciplinar.**

NO ES UN AXIOMA, ES UNA CONSTATACIÓN

- **El médico de atención primaria, con posibilidad de establecer una buena Relación M/E es el que permite:**
  - **integrar la información de los PBA de cada enfermo**
  - **armonizar la comunicación con otras especialidades y disciplinas, en el establecimiento de programas de acción conjunta.**

- **Requisitos para la R M/E:** **-AGENDA DE TIEMPO DISPONIBLE**
  -Espacios para ambiente de calidez.

- **Organización de equipos: ¿ funcional o estructural ? : lo que funcione mejor**

Efectos conocidos del camino errático

Para con el enfermo*:

·potenciar la dolencia o el sufrimiento en vez de aliviarlos
·potenciar la angustia que ya tenia antes de la consulta,
·no buscar alternativas que mejoren la calidad de vida
·aconsejar conductas o modelos teóricos sin tener en cuenta la peculiaridad de la persona
·no individualizar las pautas terapéuticas ni explicarlas
·tirar de recetas o de petición de exploraciones o consultas a otros.

Para el propio médico:

·el trabajo rutinario y tedioso. La frustración.

* Valls,C. , Morlans, M: Sobre l'ofici del metge, En: El reptes sanitari (1986)

Ejemplo de la medicina actual de prestación de servicios.

La prestación de servicios en la medicina industrializada. La experiencia americana.

V. Montori, Fundación de la Clínica Mayo, 2020

Adaptado de V Montori, 2020

Relación M/E:

-dinámica rápida
-prestando más tiempo a los datos registrados del ordenador
-datos de la enfermedad

Solución por la que apuestan:
Guías prácticas: **tareas para los enfermos**
(no atienden ni solucionan el problema del paciente):
-leer datos de los prospectos,
-esperar exploraciones e intervenciones: mire vídeos, prepare preguntas.. -grave y revise la visita, haga correcciones de su ficha médica,
-auto-cuidados

Adaptado de V Montori, 2020

Resultado:

Incumplimiento de los deberes; rendición de cuentas

(si le asignan etiqueta de incumplidor e irresponsable significa: trato de crueldad con el paciente.

Registro de tiempos de la escena de la consulta

(40% con el ordenador, 40% con el tratamiento insostenible)

Diagnóstico del problema:

La codicia de la prestación de servicios (ver más enfermos, precios basados en valor de lo ofertado…)

Resultado:

Frustración.

(…un resultado de la programación del sistema).

Médico y paciente víctimas del sistema opresor.

El paciente visto como consumidor (transacción comercial) **es un error.**

Adaptado de V Montori, 2020

Que no intenten despistar sobre la necesidad de guiarse por la medicina basada en la evidencia.

La medicina basada en la evidencia consiste en hacer lo que se está pidiendo sobre los cuidados no lo que dicen las guías si eliminan esta parte.

Adaptado de V Montori, 2020

Alternativa a la Medicina industrializada.

La medicina cuidadora:

La conversación sin prisas, con densidad, profundidad, manteniendo el ritmo del paciente
(ver lo biológico + lo biográfico),

Tomar resoluciones conjuntamente.

Valores:

Tiene sentido emocional, lo cual le proporciona evidencia científica

Adaptado de V Montori, 2020

Es decir, el error persiste en la medicina industrializada.

Hay que proseguir en lo que ya se había apuntado hace muchos años contra el paradigma de lo errado.

Pase lo que pase..

Sobre la praxis del médico clínico en los nuevos escenarios de trabajo.

Marco referencial universal:

1) Asumir el paradigma médico biopsicosocial poniendo el foco en la persona enferma.

2) Cualquiera que sea la especialidad clínica, sustentar su bagaje profesional clínico en su campo específico y en el conocimiento biomédico básico de los procesos patológicos del cuerpo humano y su puesta al dia.

(es decir, no olvidar el encuadre biomédico general en el ejercicio de su hacer especialista).

Conclusión:
Cuidar el paradigma de lo humano.
(...venga lo que venga)

.....y acordémonos de respetar los gozos.

Terminar por el principio:

Discurs d'ingrés com Acadèmic Honorífic

La necesaria corrección del paradigma médico en la praxis clínica

ÀNGEL LLÀCER ESCORIHUELA

1 de Julio de 2021