

Humanismo y medicina

No es “humanidad y humanismo” lo que necesitamos para variar el rumbo de la medicina actual

No es que tengamos que humanizar nuestro arte, nuestras técnicas o las ciencias en las cuales se apoyan, sino que hemos de impedir el reduccionismo que las despoja de parte de su valor humano.

Referentes sociológicos

Why are doctors so unhappy?

“¿Por qué los médicos somos tan infelices?” fue el título de un editorial publicado en 2001 en *The British Medical Journal* (BMJ. 2001;322:1073-4) que reclamaba un nuevo “contrato médico”, un pacto que debería estar basado en las siguientes premisas:



1. La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida.
2. La medicina tiene poderes limitados y ejercerla comporta asumir riesgos.
3. Los médicos no lo sabemos todo.
4. Los pacientes no pueden dejar la responsabilidad de sus problemas a los médicos.
5. Los médicos hemos de reconocer nuestras limitaciones y las de la medicina.
6. Los políticos han de contener sus promesas extravagantes sobre el tema y centrarse en la realidad.

Como veíamos en el artículo publicado en esta misma sección de JANO la semana pasada, ante los problemas de comunicación e incluso de eficacia de una buena parte de la medicina moderna, es necesario replantearse tanto sus métodos de enseñanza y modelos como los sistemas de evaluación de resultados y de la “competencia médica”. El tema es motivo frecuente de reflexión tanto por parte de médicos conocidos, como de pensadores, medios de comunicación, políticos... A menudo suele decirse que para mejorar esa situación, para mejorar la práctica de la medicina y la asistencia sanitaria contemporáneas, es necesario combinar las competencias “técnicas” propias de la medicina con un humanismo y un personalismo de actitudes, ideología o valores. Desearía provocar en el lector un pensamiento alternativo a esa propuesta, y para ello le diría, de entrada, que **no es precisamente “humanidad y humanismo” lo que necesitamos para variar el rumbo de la medicina actual.** Y por una razón de peso: porque, a mi entender, esa contraposición entre competencias tecnológicas, por un lado, y humanismo, humanidad y habilidades comunicacionales por otro es, como poco, un artificio simplificador y, además, una simplificación teóricamente incorrecta, que no puede llevar sino a propuestas muy simplistas e ineficaces.

Por un lado, deberíamos invertir el razonamiento: no es que tengamos que humanizar nuestro arte, nuestras técnicas y las ciencias en las cuales se apoyan, sino que hemos de intentar



Respecto a su consumo y popularidad, es fácil recurrir a la comparación jocosa habitual: ¿cuántas personas usan los “servicios” de astrólogos, pitonisas, futurólogos, cartománticos —vulgo, echadores de cartas— y demás farsantes? Seguramente, tantas o más que las que recurren a las medicinas y terapias habituales.

La imagen, de Tino Soriano

El Dr. Josep Porta, director de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Duran i Reinald, atiende a Consolación durante una visita de control. Las manos y la mirada son muy importantes en la relación médico-paciente.

impedir el reduccionismo que las despoja de parte de su valor humano, de parte de sus rendimientos afectivos y solidarios, de parte de su belleza. La reivindicación del modelo biopsicosocial es una de las formas que ha adquirido ese deseo de integralidad asistencial en nuestra época, como en otros momentos fueron las ideas de la medicina social, la medicina psicosomática, la medicina holística... Pero, como insistíamos varios de los participantes en una reciente polémica en los *Annals of Family Medicine*, al menos en gran parte de los países tecnológicos, el modelo biopsicosocial ha quedado reducido a una especie de jaculatoria que hay que recitar para que lo que se haga quede amparado por el aura de lo “política e ideológicamente correcto”... y poco más.

Un modelo más potente que el “biopsicosocial”

En realidad, si observamos las organizaciones y técnicas que han adquirido más peso en la medicina actual, en buena medida de la mano de espectaculares avances científicos, pronto llegaremos a la conclusión de que no son las basadas en elementos psicosociales, ni biopsicosociales, sino las fundamentadas en los avances y la ampliación del campo de lo *biomédico*. Hasta el extremo de que, al menos para algunos, hoy ya es posible pensar en la alternativa sobre la cual se realizarán en Barcelona las Jornadas de estudio “¿Bioingeniería o medicina?” Es decir: existe un modelo más potente que el “biopsico-

social”, las más de las veces inconsciente o, al menos, implícito, lo cual no significa que no sea el más difundido y aplicado últimamente en muchos de los países de la Unión Europea y en otros tecnológicamente desarrollados. Un modelo que podríamos llamar “biologista” o “biomédico a ultranza”. Un modelo que se ha desarrollado en un sentido bastante contrapuesto al “modelo biopsicosocial” y sus variantes más actuales: la “medicina centrada en el paciente” (MCP), la “comunicación centrada en el paciente” (CCP), la atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad (ASCCC), etc.

Desde esa perspectiva, el planteamiento frecuente de “ya me gustaría, pero no puedo hacer otra cosa”, que a menudo va seguido de una serie de loas a un “humanismo imposible” (término que acuñó ya hace decenios Castilla del Pino), se revela a menudo no como un planteamiento progresivo o, cuando menos, consistente, sino un planteamiento derrotista y reduccionista. Y un poco complaciente con el derrotismo, además.

A pesar de las tendencias a la profundización y ampliación de las libertades, las capacidades de expresión y la solidaridad interhumanas, vivimos en una época en la que las tendencias opuestas —a coartar las libertades y la expresividad profunda humana— son también muy fuertes. Por ello, siempre se debe y se puede globalizar, “humanizar” más la asistencia. Pero “humanizar” nuestra ciencia y nuestra técnica no debe querer de-

cir administrarles unas gotas –bien diluidas, además– de cultura, de conocimientos de “letras”, de caridad, de emociones... Nuestras prácticas, nuestras técnicas y las ciencias que las informan son ya creaciones humanas a las que artificialmente se intenta desvincular del mundo de los afectos, de las relaciones, de la sociedad, del “humanismo”...

Cuidado de lo “humano”

Por ejemplo, introducir hoy el cuidado de “lo humano” en la asistencia ha de implicar no sólo estar abierto y observar una actitud empática hacia los sentimientos de los consultantes, sino saber introducir, en la asistencia y en la prevención, las técnicas psicológicas y las técnicas psicosociales que “humanizan”, “globalizan” tal asistencia, la hacen más comunitaria, más solidaria. Esas técnicas existen desde hace ya decenios. Y, desde luego, no se reciben por infusión divina: son también técnicas y tecnologías. Por tanto, incluyen un proceso y unos esfuerzos de aprendizaje para dominarlas. No por “humanizar la asistencia” son de “sentido común”, como en ocasiones parecen dar a entender algunos prohombres de la medicina establecida. Lo que tal vez las diferencia de lo que a menudo se llaman simplificadoramente “tecnologías médicas” es que las ciencias que las informan no son la biología y la físico-química, sino la psicología, la sociología, la antropología, etc. Pero en su aplicación a la medicina y la asistencia sanitaria suponen también tecnologías y técnicas, sólo que psicosociales y no biológicas, menos mecanizadas que estas últimas... Incluso hay quien tiende a asimilar las primeras, las tecnologías psicosociales, con las “técnicas blandas” de la medicina, y las segundas, las tecnologías físico-químico-biológicas, con las “técnicas duras”.

Y claro que todo médico ha de ser “humano”: lo es siempre, por el solo hecho de haber nacido. Y si se quiere decir “dotado de humanismo”, también: todo médico debería tener capacidades de empatía y simpatía, solidaridad, capacidades de inspirar confianza y comunicar esperanza, etc. Pero ésas son cualidades personales que debería tener todo médico. No quiero decir con ello que no puedan enseñarse o mejorarse, aunque sólo parcialmente, pues dependen en buena medida de la personalidad del profesional, sino que habría que tener en cuenta los sistemas que mejoran las aptitudes y las actitudes de los profesionales en esos ámbitos. Pero para tenerlas en cuenta no basta con vaguedades de “humanidad” y “humanismo”, sino que se necesitan propuestas concretas para mejorar su formación y sus actitudes respecto a la solidaridad, la empatía, la comunicación, el trabajo en equipo, y para poder conducir psicoterapéuticamente su asistencia...

Desde ese vértice definiría hoy la “formación humanística del médico”: desde una perspectiva que no sólo ampliara sus conocimientos en el campo sociocultural y artístico, sino, sobre todo, que ampliara su foco de atención y cuidado en la solidaridad interhumana. Una ampliación o globalización de su foco de atención en el paciente que le sirviera, por ejemplo, para no tolerar las parcializaciones técnicas y las desviaciones éticas, fomentadas a veces por una potente mercadotecnia, que pueden sesgar y parcializar nuestra práctica. Hoy, lo principal de la “formación humanística del médico” debería consistir, a mi entender, en formarse con profundidad y mediante la experiencia para una aproximación biopsicosocial al ser humano doliente, para una aproximación que ayude a elaborar sus y nuestros sentimientos y frustraciones en la asistencia cotidiana. Una aproximación que debería incluir una voluntad de “reciclado” emocional y actitudinal para mantener nuestra salud mental, es decir, nuestra *capacidad de “amar, traba-*

jar, disfrutar y tolerar”, tal como hemos definido la salud mental hace años. Creo que es una perspectiva mucho más amplia y globalizadora que el simple refugiarse en un culturalismo o una reivindicación humanística disociada de nuestra práctica cotidiana.

Otros sistemas de docencia

Tampoco se trata de incluir nuevas asignaturas o materias sobre “psicología” o “sociología de la medicina” separadas del currículo troncal de la carrera. Se trata de poder aplicar y enseñar a aplicar de forma transversal en la formación otros sistemas de docencia que influyan en la selección de las personas que ejercen las especialidades clínicas, que mejoren no sólo sus conocimientos, sino, sobre todo, sus habilidades y actitudes para la relación médico-paciente. Sistemas que, como recordábamos recientemente, hoy ya se utilizan para formar y evaluar en medicina en otros lugares: materias sobre la “experiencia del enfermar” y la “medicina centrada en el paciente”; formación teórico-práctica sobre comunicación, entrevista, asistencia centrada en el paciente; ayudas psicoterapéuticas propias de la asistencia médica no especializada; grupos y técnicas grupales aplicadas con los estudiantes de medicina, por ejemplo, grupos de reflexión sobre las enfermedades vividas en la familia y sobre las relaciones de la propia familia con la medicina, grupos enfocados a ayudar a entender y soportar los procesos de duelo y pérdida, grupos sobre las experiencias del enfermar de los pacientes, sobre esas experiencias en la literatura, el cine, en unidades formativas basadas en los modernos métodos audiovisuales... Los sistemas tecnológicos modernos basados en registros videográficos, informatizados o no, en entrevistas tutorizadas *online*, en la utilización creativa de internet, en las modernas técnicas motivacionales y organizacionales –básicas para el trabajo en empresa y en equipo–, unidos a sistemas más tradicionales como supervisiones, tutorizaciones e incluso medios psicoterapéuticos expresamente orientados hacia los profesionales y la formación, tendrían mucho que decir en este ámbito.

Si por “humanizar la asistencia” entendemos una forma de practicar la clínica que tenga más en cuenta al consultante como globalidad y a la comunidad a la que pertenece, ese cambio epistemológico, teórico y técnico fue propuesto ya por Michael Balint en los años cincuenta del pasado siglo; más tarde, por los divulgadores del modelo biopsicosocial; luego, por los que defendemos la “atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad” (ASCCC) y por la línea de investigación y práctica de la “*Patient Centred Medicine*” y “*Patient Centred Communication*”, etc.

Cambio copernicano

En el trabajo anterior mencionábamos algunas experiencias y sistemas para lograr ese “cambio copernicano” que tal vez necesita hoy la enseñanza de las especialidades clínicas. En este momento querría tan sólo recordar que “humanizar la asistencia” debería significar, ante todo, aplicar un modelo teórico, político y organizativo basado en la asistencia *centrada en el consultante*. Y a nivel de nuestra práctica cotidiana como clínicos, significa poder formarnos y desarrollar nuestras capacidades para la relación médico-consultantes: empatía, solidaridad, capacidades de comunicación, capacidades de “globalizar” nuestro conocimiento del paciente, orientación biopsicosocial de la práctica, etc.

Todo ello no es fácil, desde luego. Entre otras razones, porque hoy pocos políticos o gestores sanitarios, e incluso pocos clínicos, nos creemos eso que otros teóricos y clínicos llevan

años defendiendo y que hoy ya ha podido estudiarse incluso desde el punto de vista empírico: que los problemas clínicos omnipresentes hoy para desarrollar una asistencia “centrada en el paciente” no son fundamentalmente organizativos. La realidad es que casi nadie se cree que lo más eficaz y eficiente sea combinar las habilidades y conocimientos biomédicos con un encuadre para la entrevista basado precisamente en el aprendizaje de técnicas de entrevista y en la mejora de las habilidades, aptitudes y actitudes del médico para la empatía, la solidaridad y para ayudar en la contención emocional. Y que esas competencias están compuestas a su vez por conocimientos, habilidades y actitudes, es decir, que deberían estar integradas transversalmente en todas las aproximaciones clínicas, de cualquier especialidad, y no sólo en las especialidades más “psicosociales”, tales como la atención primaria o la psiquiatría.

En el ámbito del cambio de actitudes y, por lo tanto, de la orientación global de nuestra asistencia clínica, tal vez no deberíamos olvidar *Why are doctors so unhappy?*, “¿Por qué los médicos somos tan infelices?”, un afortunado título editorial del *British Medical Journal*. En definitiva: no se trata tan sólo de “humanismo” sino de una aplicación bien concreta de ese término general: la necesidad de un nuevo contrato médico, de una nueva forma de regular nuestro trabajo con la

población y sus representantes. Un pacto que debería estar basado, como se apunta en ese editorial, en que todos reconozcamos que: 1. *La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida.* 2. *La medicina tiene poderes limitados y ejercerla comporta asumir riesgos.* 3. *Los médicos no lo sabemos todo.* 4. *Los pacientes no pueden dejar la responsabilidad de sus problemas a los médicos.* 5. *Los médicos hemos de reconocer nuestras limitaciones y las de la medicina.* 6. *Los políticos han de contener sus promesas extravagantes sobre el tema y centrarse en la realidad.*

Seis puntos a los que personalmente añadiría la necesidad de una actitud abierta, receptiva y solidaria. Es cierto que esas actitudes se enraízan en lo más profundo de la personalidad de cada cual, pero que también pueden ser ampliables y mejorables mediante técnicas y sistemas adecuados. No tenemos por qué dedicarnos a añorar lo que a lo largo de una práctica clínica y asistencial difícil, dura y llena de incertidumbres podemos ir perdiendo paulatinamente. También podemos nacer a la práctica médica más preparados para esa actitud, con mejores aptitudes para ella, tal como podemos crecer como clínicos al tiempo que las cuidamos y desarrollamos mediante nuestra actitud vital y asistencial, pero también mediante sistemas de formación continuada. Como decía Paul Éluard, “Hay otros mundos..., pero están en éste”.



¿A que la marca sí es importante?

Medicamentos de marca, medicamentos de confianza.

En cada marca farmacéutica, hay un prestigio ganado. Una confianza. Una garantía. Una identificación con sus atributos. Un largo trabajo de investigación, de innovación, de desarrollo. Por eso cuando se elige un medicamento de marca, se elige mucho más que un medicamento.