

**José Zamarriego**  
**Luis Cabero**  
**Ramón Usandizaga**  
**Francesc Abel**  
**Eduardo Cabrillo**  
**Carmen Cuadrado**  
**Ernesto Fabre**  
**Alfonso Herruzo**  
**Javier Martínez-Salmeán**  
**Luis Puerta**

Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

---

## **Un nuevo escenario asistencial**

653

### *A new healthcare scenario*

Presentación  
Condicionantes de la nueva situación  
Los protagonistas del cambio  
    El nuevo paciente  
    El nuevo médico  
La nueva relación médico-paciente  
Consecuencias del nuevo escenario  
    Positivas  
    Negativas  
El nuevo escenario asistencial en obstetricia y ginecología  
    Medicina materno-fetal  
    Ginecología oncológica  
    Ginecología de la reproducción  
Juicio crítico  
Visión ética  
Conclusiones

#### **PRESENTACIÓN**

La Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) desea, con este documento, ofrecer a la consideración de los ginecólogos en particular, pero también a todos aquellos que participan en el campo sanitario, un motivo de reflexión para mirar de frente la situación actual, tan distinta de la que imperaba hace no más de cincuenta años, es decir, a mediados del siglo xx, en la asistencia sanitaria. Esta situación obedece a cambios profundos, tanto tecnológicos y sociales, como económicos y políticos, lo que obliga a examinarlos para tratar de descubrir las ventajas y los inconvenientes del nuevo escenario asistencial, sin dejar de ofrecer un análisis crítico y bioético.

nientes del nuevo escenario asistencial, sin dejar de ofrecer un análisis crítico y bioético.

Naturalmente, todo parte de que aparecen unos nuevos condicionantes, entre los que destacaríamos los enormes avances tecnológicos y de instrumentación, que han cambiado el quehacer médico en nuestra especialidad, y en general, en todas las disciplinas sanitarias. Pero más allá y antes de esta invasión tecnológica, habría que analizar cambios profundos de mentalidad y actuación en la sociedad civil en estos últimos cincuenta años: el reconocimiento de los derechos del ciudadano en relación con la salud; el concepto de globalización aplicado al mundo sanitario; el mercantilismo rampante en la sociedad, que ha invadido también a la ciencia y al arte de curar; el mayor peso de la medicina preventiva en el ejercicio diario de nuestra profesión; la nueva ola de pensamiento y acción en que se encuadraría el ecologismo, etc.; son todos factores que, sin duda, han influido decisivamente en el cambio espectacular que se expondrá y analizará.

El documento tiene como grandes protagonistas a un nuevo paciente y a un nuevo médico, y por extensión, a un nuevo agente de salud.

Indudablemente, ha surgido un nuevo paciente. Un paciente mucho más informado, más crítico, menos dócil, más consciente de sus derechos; en resumen, un paciente más maduro. Pero también, más intransigente, no confiado, incluso injusto, reivindicativo, que provoca una nueva forma de relación con el médico, no siempre favorable y que determina, más veces de lo deseable, la judicialización de la medicina. La sobreinformación, favorecida por la

**654** irrupción masiva de las nuevas tecnologías en la comunicación, tiene también su papel en todo lo mencionado.

Con el progreso de la tecnología médica y ante los cambios sociales y la aparición del nuevo paciente, surge lo que denominamos un nuevo médico, también mejor formado, más competente y con mayores conocimientos técnicos, menos propenso a la improvisación, pero, a veces, menos humano, más pragmático y realista aunque más lejano del paciente. Se desarrollan nuevos movimientos en la actuación médica: de carácter reivindicativo, como el derecho a la huelga; de homogeneización en la medicina diaria, con la aparición de protocolos y guías; la medicina basada en la evidencia; la necesidad de trabajar en equipo; su nueva relación con las industrias; etc. Como contrapeso a todo lo anterior, nacen la medicina defensiva, la deshumanización del acto médico, el recelo y la desconfianza. En resumen, la pérdida afectiva en la relación médico-paciente. Lo que nunca debería haber sucedido.

El documento analizará las consecuencias positivas y negativas que han aparecido en la práctica de la medicina en los albores del siglo XXI, debido a todos los aspectos que se han enumerado y a otros posibles que harían interminable su análisis.

La aplicación a nuestra especialidad de obstetricia y ginecología de lo esbozado en esta presentación, en sus tres vertientes clásicas de medicina materno-fetal, reproducción y ginecología oncológica, será también objeto de atención.

Finalmente, el documento, como se ha anunciado, terminará con un juicio crítico y con una visión bioética, y se expondrán las correspondientes conclusiones a modo de resumen.

## CONDICIONANTES DE LA NUEVA SITUACIÓN

La segunda mitad del siglo XX ha sido testigo de grandes cambios de todo tipo (tecnológicos, sociales, poblacionales, etc.), tanto en número como en trascendencia, de forma que bien podríamos decir que nunca, a lo largo de la historia de la humanidad, cincuenta años han conseguido mutaciones tan profundas.

Como ejemplos paradigmáticos, citaremos el desarrollo social y el llamado Estado del bienestar, referidos a lo que denominamos primer mundo, en

el que España se inserta; la ampliación de los derechos colectivos e individuales con legislaciones sobre derechos universales; el ordenamiento jurídico para garantizar esos derechos; la extensión de la educación básica y la de mayor grado académico a muy amplios sectores de la población; los cambios en la concepción de la familia; la puesta en marcha y el desarrollo de la denominada sociedad de la información, apoyada en las nuevas tecnologías, con su trascendente impacto en la globalización del conocimiento, son otros tantos ejemplos.

Asimismo, tienen que considerarse los rápidos avances en técnicas y procedimientos en medicina preventiva y en medicina asistencial, con su lógica consecuencia en una prolongación muy importante de la expectativa de vida y su calidad, junto a los fenómenos migratorios de intensidad creciente que proporcionan desde bienestar hasta posibles frustraciones y crisis.

En cuanto a nuestro propio ámbito sanitario, citaremos brevemente, como más significativos, los derechos individuales a la promoción de la salud y de la asistencia sanitaria; la legislación sobre la autonomía del paciente y el denominado consentimiento informado; los casi increíbles avances en todas las especialidades médicas y quirúrgicas, que cobran, si cabe, mayor trascendencia en nuestra especialidad de obstetricia y ginecología, con descensos drásticos en la mortalidad y morbilidad perinatales y práctica desaparición de la mortalidad materna, sin obviar las nuevas técnicas reproductivas o las grandes mejoras en las expectativas ante la patología oncológica.

Los crecientes, aunque todavía insuficientes, recursos sanitarios, han permitido una nueva organización de la sanidad, desde la medicina primaria a la altamente especializada, con ejemplos puntuales, entre otros muchos, en los trasplantes de órganos o en las técnicas de fecundación asistida y terapia génica.

El último medio siglo ha sido también testigo de la aparición de nuevos retos asistenciales con patologías emergentes, como el sida u otros con gran carga de controversia social, como la interrupción voluntaria del embarazo, la eutanasia activa, la manipulación genética o la desbordante cirugía estética.

La relación con las industrias, tanto farmacéuticas como de productos sanitarios, por su extensión e

importancia, debe también tenerse en cuenta como condicionante, como son la aparición de determinadas medicinas alternativas, basadas en filosofías «naturales y ecológicas», surgidas al calor de «modas» sociales, muy de actualidad.

Por último, por su importancia, no debe dejar de mencionarse el creciente fenómeno de la feminización de la medicina, con sus peculiaridades respecto a la dificultad que la médico tiene para la conciliación entre su vida privada y su desarrollo laboral y profesional, pero también aportando su característica de mayor empatía y cercanía con la paciente.

## LOS PROTAGONISTAS DEL CAMBIO

La asistencia sanitaria no es más que la sucesiva secuencia de actos médicos preventivos, asistenciales o rehabilitadores, que tienen dos protagonistas esenciales: el paciente que precisa ayuda y el equipo asistencial, que concretamos en la figura del médico, que es el encargado de prestarla<sup>[1]</sup>.

Analizaremos, pues, a continuación, cómo, a consecuencia de los condicionantes que hemos analizado en el apartado anterior, surgen un nuevo tipo de paciente y un médico nuevo, muy distintos de los que se podían contemplar hace medio siglo.

### El nuevo paciente

Varias son las características que ofrece este paciente «nuevo» y ello como consecuencia directa o indirecta de una nueva sociedad con valores distintos de los de hace unas décadas, que tiene el privilegio de un mayor desarrollo material, mejor y más fácil acceso a la educación, ser beneficiario de derechos específicos, otorgados por leyes ad hoc, lo que deriva en una mayor exigencia, de acuerdo también con el enorme desarrollo que la tecnología médica ha experimentado. Por otra parte, las nuevas técnicas de la información, sobre todo Internet, hacen posible que nuestro paciente o su entorno pueda obtener mucha y variada información con ciertas ventajas y no pocos inconvenientes, al no poseer la

necesaria formación para discriminarla adecuadamente. Tenemos así una paciente que corre el riesgo de caer en la «sobreinformación». La desconfianza hacia el otro gran protagonista, el médico, surge de forma frecuente cuando lo que la paciente espera no se ve cumplido y ante la creencia de que hoy «la medicina lo puede todo», puede conducir hacia demandas judiciales en las situaciones en que cree conculcados sus derechos.

Esbozadas en las líneas anteriores las características del «nuevo paciente», las analizaremos con mayor detalle.

Es indudable que pertenecemos a un nuevo orden social, con más derechos y también limitaciones, más reglamentista, y en esta situación, la sanidad cobra un papel de gran protagonista, junto con la educación.

La mayor capacidad económica conduce a un mayor consumo, también en el campo sanitario, con mayores demandas y posibles desajustes. Como ejemplos perversos de lo que apuntamos, citaremos las casi inevitables listas de espera y el incremento en determinadas patologías, por ejemplo las tasas de obesidad, con los perjuicios de todo tipo que se derivan.

Hemos ya mencionado los «derechos» reconocidos en la nueva sociedad. Concretamente, en el campo sanitario existen una serie de leyes que aumentan la seguridad jurídica de las pacientes. Citaremos como más importante la Ley General de Sanidad de 1986, en la que se garantiza la universalidad, equidad y gratuidad en la asistencia sanitaria para todas las personas residentes en España. Otra ley de enorme importancia, promulgada en noviembre de 2002, es la que regula los derechos del paciente y su autonomía, así como la información y documentación clínica.

Por otra parte, y desafortunadamente, la formación sanitaria que ha recibido la población no ha sido la mejor posible y esto ha llevado a la idea errónea de que hoy día todo es posible para el médico y si algo va mal se busca al «responsable del error». Ha nacido así el terrible mal de la desconfianza entre el médico y su paciente.

No se ha formado y educado a la población en las limitaciones de los medios económicos disponibles a través de los presupuestos de los organismos competentes, ni en que siendo el desarrollo tecnológico y de conocimientos médicos muy importante,

<sup>[1]</sup>Usandizaga R. Aspectos jurídicos en ginecología y obstetricia. SEGO; 2008.

**656** están todavía lejos de conseguirse todos los objetivos, y la enfermedad no curable y, al final, la muerte inevitable siguen y seguirán siendo compañeros inseparables de la especie humana.

Esto no está en contradicción con la mayor expectativa de vida, ni con un incremento insospechado de la calidad de vida saludable, debido, en gran parte, a la aparición de un protagonista nuevo en nuestro ambiente sanitario, como es el desarrollo de la medicina preventiva, que en nuestra especialidad cobra un valor esencial.

En resumen, podríamos enumerar las características de nuestra nueva paciente como más independiente, más informada, más exigente, con mayores derechos, con deficiente formación sanitaria, que pierde a menudo su confianza en el médico, lo que conduce demasiadas veces a demandas injustificadas. Es decir, muchos aspectos positivos y no pocos negativos para una estable y satisfactoria relación con el profesional médico al que necesariamente debe acudir.

### **El nuevo médico**

El otro gran protagonista de cada acto sanitario, promotor y conservador de la salud y reparador de esta cuando surge el trastorno y la enfermedad, es el médico, que también ha experimentado, y a veces sufrido, grandes cambios en las últimas décadas, hasta el punto de que no exageramos si también podemos hablar de un «médico nuevo».

El nuevo médico surge como consecuencia, en primer lugar, de recibir, sin duda, una mejor formación profesional: primero en la facultad de medicina, que exige unas muy altas calificaciones previas para su acceso, y después en la especialidad correspondiente, aprobando un riguroso examen (MIR). La preparación posterior como residente en centros autorizados oficialmente es un logro de gran trascendencia para conseguir una buena formación para su especialización. Naturalmente, es inherente a la ciencia médica su progreso e innovación incesantes, y de ahí la necesidad de promover y hacer realidad la llamada «formación médica continuada» que, aunque no está todavía tan reglada y definida como debiera, no son pocas las iniciativas que ya se están poniendo en marcha para su desarrollo en España. Tenemos pues, como primera característica del nue-

vo médico, su mejor, más amplia y continuada formación profesional, hasta conseguir una alta especialización y competencia.

Inmerso en la sociedad actual promulgadora y defensora de derechos, el médico no podía ser ajeno a esta realidad y tanto sus derechos laborales como personales están reconocidos en las leyes generales y en las leyes específicas sanitarias, como la ya mencionada Ley General de Sanidad, o la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; también cuenta con la protección que le otorgan sus organizaciones colegiales y sindicales que, sin llegar a colmar sus expectativas, han mejorado sin duda la defensa de sus derechos laborales y económicos.

Desafortunadamente, el papel del médico y su importancia social se han visto menguados en las últimas décadas, fruto de su indeseada pero frecuente proletarización y de su funcionarización, con escasas expectativas de promoción profesional y el consiguiente desencanto.

A este respecto, la realidad de una verdadera carrera profesional que amplíe expectativas y mejore sus justas reivindicaciones profesionales y económicas se transforma en una necesidad urgente. La realidad política autonómica no favorece la equiparación y homologación entre los profesionales que ejercen entre las distintas autonomías; este es un problema de difícil solución en nuestra estructura política actual.

Las condiciones y la características de trabajo del «nuevo médico» también han cambiado y pueden ser diversas, en cuanto esté al servicio de un centro u hospital público o realice su ejercicio profesional al amparo de una sociedad privada de asistencia colectiva con sus propios consultorios y hospitales o, más raramente, ejerzan en consultorios o clínicas privadas de forma más individualizada.

Ahora bien, la complejidad de las nuevas tecnologías que se han desarrollado en la medicina, tanto en información como asistenciales, de imagen, laboratorio, quirúrgicas o de investigación, ha hecho imprescindible el trabajo en equipo y, por tanto, el desarrollo de nuevas prácticas de ejercicio, que se complementan mutuamente según los conocimientos específicos de técnicas y especialidades de los distintos especialistas que lo integran. Este trabajo en equipo cobra una relevancia especial en la actualidad. Sin olvidar la tendencia a la fragmentación, a veces excesiva, de las distintas especialidades, de la

que la obstetricia y ginecología es buen ejemplo, dando lugar al superespecialista, que sabe mucho de «algo» y poco de «todo». Pero por ello, se convierte en el experto máximo en determinados diagnósticos y tratamientos específicos.

Otro dato actual del quehacer médico, que no debemos omitir, es la protocolización creciente en la actuación diagnóstica y terapéutica. En nuestra especialidad, esta protocolización ha sido pionera para marcar, desde nuestra sociedad científica, los mínimos exigibles para una buena praxis en todos los aspectos asistenciales tanto en medicina materno-fetal como en ginecología general, reproducción y ginecología oncológica.

La llamada «medicina basada en la evidencia» (MBE) es otro aspecto nuevo en que se sustenta la actuación del nuevo médico, que obtiene así una mayor seguridad para su práctica clínica diaria. En esencia, la MBE, sin dogmatismos esterilizantes, busca la mejor evidencia disponible, moderada por las circunstancias y las preferencias de los pacientes, para mejorar la calidad del juicio clínico que emite el médico y permitir una mejor asistencia sanitaria.

## LA NUEVA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Expuestas en los apartados anteriores las líneas generales relativas al «nuevo» paciente y al «nuevo» médico, es inexcusable abordar lo que esta nueva situación ha provocado respecto a la relación entre ambos protagonistas principales del acto médico.

Sin duda, el cambio más profundo en la relación médico-paciente en los últimos 40-50 años es el reconocimiento de la persona del paciente como agente moral autónomo<sup>[2]</sup>. Dicho esto, en primer lugar y de manera general, es indudable que, en un gran número de ocasiones, la relación ya no es sólo bilateral entre los dos protagonistas porque ha surgido, como ya se ha mencionado, derivada de una nueva forma de concebir la asistencia médica, una relación multilateral entre un paciente concreto y un equipo asistencial, integrado por varios médicos, bajo la tutela de una institución sanitaria pública o privada, institución que, en muchas ocasiones, se

convierte en el sustituto del médico en la relación tradicional. Es decir, el paciente no deposita su confianza y fe en un profesional en concreto, sino que se ampara en la institución que por burocracia le corresponde o a la que accede por su elección directa. La relación en todos estos supuestos se diluye en muchos casos, hasta el extremo de que el paciente ignora el nombre del médico que le atiende, que no suele ser único, sino varios o muchos durante el proceso asistencial y así es un médico el que le atiende en primera instancia en un consultorio o sala de urgencias para que, posteriormente, otro médico le pueda atender en una sala de hospitalización, o en diversas exploraciones diagnósticas, cada una de ellas bajo la responsabilidad de médicos diferentes y, no pocas veces, terminará en un acto quirúrgico, realizado a su vez por otros especialistas distintos de todos los anteriores, para volver en el postoperatorio a ver caras nuevas que le seguirán hasta su alta hospitalaria...

El paciente, pues, ha entablado relación con muchos médicos, de diferentes caracteres y sensibilidades, en los que puede prevalecer la eficacia sobre la relación humana y, en consecuencia, se habría deshumanizado la relación en beneficio del resultado final de la asistencia. Son los pros y los contras del ejercicio médico que pasa de ser individual a ser colectivo e integrado en un equipo. Pero no olvidemos que en cada encuentro entre el paciente y uno de los médicos que le han atendido existe y se propicia una relación bilateral, aunque sea más breve que en otros tiempos, y en esa relación debe ponerse de manifiesto todo lo bueno que debe presidirla; en primer lugar, la mutua confianza y respeto, lo que exige trato amable y confiado entre ambos, lo que a su vez precisa de un tiempo mínimo y una calma «sin prisas», lo que desgraciadamente muchas veces falta, por lo que se frustra cualquier buena disposición para que la relación traspase la barrera de lo puramente profesional a lo afectivo.

Si la paciente se presenta ante el médico recelosa y desconfiada y el médico, a su vez, acuciado por el tiempo tasado, no quiere o simplemente no puede perder un minuto en ganarse la confianza de la paciente, la relación prácticamente no existe, está rota, y todo quedará en un acto médico, que podrá ser eficaz, pero propenso a que surjan demandas injustificadas, brusquedades dialécticas, peticiones exploratorias en la frontera o dentro de la llamada

<sup>[2]</sup>Abel F. Aspectos jurídicos en ginecología y obstetricia. SEGO; 2008.

**658** medicina defensiva, etc. Para los que creemos que la medicina debe recuperar aspectos humanísticos perdidos, sin renunciar en absoluto a la eficacia y a la eficiencia que ofrece la medicina moderna, se hace preciso una reflexión colectiva, social y profesional para recuperar la relación bilateral médico-paciente basada en la mutua confianza, la amabilidad, el respeto y, si se puede, alcanzar el afecto entre ambos. Para ello, nada mejor que un paciente bien informado y formado, y un médico competente, prudente y asequible.

Superada y desfasada en el tiempo la vieja relación de supremacía del médico sobre la paciente, se trata de reequilibrar el péndulo en la relación y evitar que un paciente sobreinformado y desconfiado malicie esta relación y haga del médico un profesional a la defensiva que, obviando al paciente como eje y base del acto médico, se refugie en múltiples peticiones auxiliares para llegar al diagnóstico y haga del tratamiento eficaz, un motivo de desequilibrio económico, personal, familiar o social.

## CONSECUENCIAS DEL NUEVO ESCENARIO

Muchas son las consecuencias, tanto positivas como negativas, que se derivan de los condicionamientos y las características que hemos analizado sumariamente en relación con lo que denominaríamos nuevo paciente y nuevo médico, y que conforman, en definitiva, una nueva forma de ejercicio médico con su eje central en una nueva relación médico-paciente.

### Positivas

Al establecerse con claridad los derechos del paciente y su entorno y los del equipo asistencial, tanto en lo que concierne a la información, como a la aceptación del proceso diagnóstico y terapéutico y toda la documentación que soporta y refleja el proceso asistencial, no cabe duda de que estamos ante una situación y escenarios nuevos que no pueden obviarse o transgredirse, ya que se apoyan en textos legales con categoría de ley y en determinados casos de Ley Básica (Ley 4/2002), con lo que esto comporta.

Derivación inmediata de toda legislación aludida serían el «Documento del consentimiento informa-

do», de gran importancia en el ejercicio profesional actual y la confección rigurosa y custodiada de toda la documentación relativa al proceso asistencial, es decir, lo que tradicionalmente hemos denominado historia clínica, con todos los resultados de pruebas auxiliares de diagnóstico, evolución y situaciones relacionadas con el proceso asistencial, etc. Y todo ello protegido legalmente en cuanto a confidencialidad y el respeto máximo a las decisiones del paciente y, en su caso, de su representante legal y/o su entorno familiar, que deben ser igualmente sujetos de información, excepto que el paciente se oponga.

La revalorización de la competencia profesional, fundamento imprescindible para un correcto ejercicio de la especialidad correspondiente, se basa en una formación sólida y continuada, porque en medicina nunca se sabe todo y los progresos se suceden vertiginosamente, de manera que un especialista no actualizado no está en condiciones de ofrecer a su paciente ni el mejor diagnóstico ni el mejor tratamiento a los que tiene derecho.

De lo anterior se deriva, y lo consideramos una consecuencia positiva, el desprestigio social y profesional de la negligencia punible, que puede llegar a ser sancionada judicialmente.

La improvisación, el desconocimiento, la omisión en el cumplimiento de la información o de la documentación exigida, el trato poco respetuoso, etc., son rechazados hoy día no sólo por los eventuales pacientes, sino por los mismos especialistas rigurosos en el cumplimiento de sus obligaciones. Y esto es también positivo. Se va construyendo así un comportamiento ético de la sociedad general y de los especialistas en particular, estos últimos apoyados en su buen quehacer diario por sus respectivas sociedades científicas y órganos colegiales.

Un aspecto a veces controvertido, que debemos señalar, es el relativo a la protocolización progresiva que está experimentando el proceso asistencial y la utilización de la llamada MBE.

Para que los protocolos asistenciales o guías de actuación sean útiles, es preciso que se acomoden a las características sociales del medio en el que se actúe y a las disponibilidades materiales y técnicas disponibles. En cualquier caso, es preciso que se proclamen unas exigencias diagnósticas y terapéuticas de mínimos que luego puedan ser progresivamente aumentados por centros de referencia, uni-

versidades, etc. Tanto la excesiva protocolización de los procesos asistenciales como la exigencia en su rígida aplicación son defectos que deben evitarse. Como apuntamos con anterioridad, las sociedades científicas tienen en este apartado que asumir un protagonismo evidente y así lo comprendió la SEGO en su momento, que fue la primera sociedad científica en protocolizar en su totalidad la especialidad. Estos protocolos precisan su actualización periódica y, a veces, una revisión profunda, de forma continuada. El especialista cuenta así con una herramienta útil no sólo para su quehacer diario sino para su defensa ante eventuales procesos judiciales y demandas económicas, siempre y cuando cumpla lo especificado en los protocolos. Así se ha reconocido y admitido ya en numerosas sentencias judiciales.

En cuanto a la MBE, debemos decir que se trata de la combinación de la «experiencia clínica», entendida como la habilidad y la capacidad de juicio que cada médico adquiere progresivamente a través de años de estudio y práctica, y que le permite identificar las necesidades reales de los pacientes y utilizarla para su mejor asistencia, y de la «mejor evidencia» disponible en la literatura científica, que incluye las publicaciones sobre las investigaciones, básica y clínica, realizadas sobre la exactitud y precisión de las pruebas diagnósticas, el poder de los marcadores pronósticos, y la eficacia y la seguridad de las acciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras.

Los protocolos y las guías de práctica clínica deben basarse en las evidencias clínicas existentes; así, protocolos y MBE son también consecuencias positivas del nuevo quehacer asistencial.

## Negativas

Desafortunadamente, no todas las novedades y los hechos ocurridos en las últimas décadas han sido positivos para el paciente como sujeto de la enfermedad o el ciudadano que busca la promoción en su salud, ni para el médico como protagonista indiscutible que debe dirigir tanto el proceso diagnóstico, como el oportuno tratamiento.

De forma breve, analizaremos las principales consecuencias negativas.

En el apartado dedicado a «La nueva relación médico-paciente» ya quedaron apuntadas diversas

actitudes por parte de ambos protagonistas, que con mucha frecuencia han conducido a lo que se denomina «deshumanización de la medicina». Esto es tan evidente que han surgido hasta fundaciones que tienen por objeto promover la humanización de la medicina y asociaciones creadas con el mismo fin.

¿Y a qué nos estamos refiriendo? Pues, en esencia, al distanciamiento de los protagonistas, paciente y médico, y a la falta de calor humano en esa relación que, desgraciadamente, se ha burocratizado en exceso, muchas veces favorecido por la falta de tiempo y en otras ocasiones por la primacía que a veces se otorga a las pruebas diagnósticas, de imagen, u otras, sobre la relación verbal y la exploración física del paciente. ¡Qué diferente esta situación de la que prevalecía «poner las manos sobre el paciente» como parte integrante y muy positiva para el paciente y su evolución! Es decir, y en resumen, en la afirmación de la empatía entre el paciente doliente y «su» médico protector.

Otro aspecto que se debe considerar es la realidad de la llamada «medicina defensiva», basada en el temor que el médico siente ante la sociedad y el mismo paciente, que parece proclive al juicio severo sobre su actuación profesional y que deriva en demasiadas ocasiones en el proceso judicial, y a veces, pocas, en su condena.

Ante esta situación, hace falta personalidad y confianza en los conocimientos adquiridos, en resumen, profesionalidad, para hacer sólo lo que se debe y no dejarse llevar por modas o actitudes más acomodaticias que llevan a la proliferación de pruebas diagnósticas innecesarias, inútiles para la ocasión, a veces no exentas de riesgos, siempre costosas para la sociedad o para el propio paciente, que se convierte así en víctima *boomerang* de la situación general creada.

Como respuesta a la medicina defensiva, nace la «medicina asertiva» basada en la buena comunicación entre el médico y el paciente, la adecuación de la práctica clínica a la *lex artis*, el respeto a los derechos del paciente y el respeto a los derechos del médico.

La judicialización en la medicina es, sin duda, altamente negativa y una lacra creciente en nuestros días; ha dado lugar, entre otros efectos indeseables, como ya hemos señalado, a la denominada «medicina defensiva».

Esto no quiere decir que se deba dejar sin sanción la negligencia médica y menos aún la dolosa. Pero la búsqueda del «culpable» ante un final no positivo cuando es irremediable, o el intento de lucrarse económicamente sin razón, amparado por consejos de personas que, a su vez, ven en la demanda posible un objeto también de lucro personal. Son actitudes altamente reprobables que están también viciando, en más ocasiones de lo deseable, el normal desarrollo de todo el proceso asistencial.

La «sobreinformación» que a veces reciben nuestros pacientes, derivada, sobre todo, de la llamada cultura de la información y sus nuevas técnicas, principalmente Internet, ocasiona, no pocas veces, inquietud y desconcierto en el propio paciente, que se convierte así en su víctima, y también actitudes de recelo y desconfianza para el equipo asistencial, que dificultan la normal relación médico-paciente, como ya repetidamente se ha expuesto. Se trata, pues, de una nueva consecuencia negativa.

Unas breves palabras dedicadas a las nuevas técnicas de propaganda que resumimos en lo que denominamos «la medicina milagro». Su simple enunciado ya las descalifica y, sin duda, dañan a los clientes ingenuos que pagan con su salud y su dinero a personas sin escrúpulos que se aprovechan de su ignorancia. Lamentablemente, nuestra actual sociedad las promociona y no son debidamente sancionadas.

Por último, y no por ello menos importante, sino al contrario, debemos señalar la más negativa de todas las consecuencias: la perversión en la relación médico-paciente. Todo lo que pueda perturbar la mejor relación entre ambos protagonistas es un mal en sí mismo. Ya hemos analizado este extremo de forma extensa. Pero no lo olvidemos: una buena medicina debe tener como base primera una buena y, mejor todavía, óptima relación entre el médico y su paciente.

## **EL NUEVO ESCENARIO ASISTENCIAL EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

### **Medicina materno-fetal**

El cambio significativo que ha experimentado en el lenguaje común el tema de la obstetricia por el de «medicina materno-fetal» está exponiendo una

realidad: nuestro objetivo asistencial no es ya sólo que la madre y el recién nacido queden indemnes a lo largo del embarazo y el parto, mediante actuaciones sobre la propia madre, sino que el embrión y el feto, como ya hemos advertido, se convierten en nuestro paciente directo y ello fue posible gracias al espectacular desarrollo tecnológico, diagnóstico, terapéutico y de investigación, con técnicas invasivas, como la biopsia corial y la amniocentesis, pasando por las ecografías convencionales y de tres o cuatro dimensiones, hasta la posible cirugía fetal intraútero en ciertas patologías, la llamada terapia fetal, el control del feto con monitorización continua y determinaciones analíticas fetales intraparto, si son precisas, y se continúa con el examen por el neonatólogo y la reanimación especializada del recién nacido en la misma sala de partos, para finalmente ingresarlo, si es necesario, en el servicio de neonatología patológica o en la UVI, etc.. Sin olvidar la posible recogida de sangre fetal del cordón umbilical, para cubrir determinadas afecciones futuras.

Todo ello no sólo ha conseguido rápidos y espectaculares resultados con la práctica desaparición de la mortalidad materna, sino también la drástica reducción de la mortalidad y morbilidad fetal y neonatal, y asimismo, de forma muy relevante, incrementar la supervivencia de los recién nacidos prematuros, con pesos y edades gestacionales cada vez menores, hasta alcanzar tasas de supervivencia importantes en recién nacidos hasta de 500 g de peso, hecho impensable hace pocos años.

Recordemos, una vez más, que esto no hubiera sido posible sin la relación estrecha del obstetra con su inseparable matrona y con otros especialistas, fundamentalmente el neonatólogo, el genetista, los anesestesiólogos, los médicos de laboratorio, los internistas, los intensivistas, etc. Es decir, se ha conformado un equipo asistencial multidisciplinario que ha sido decisivo en la creación del nuevo escenario asistencial en nuestra especialidad.

La actuación del obstetra se inicia no ya en el comienzo de la gestación, sino antes de esta, en una consulta previa al embarazo, y más todavía en toda la actuación médica preventiva que cuida y preserva la salud de la futura madre desde su nacimiento, durante su infancia y adolescencia, hasta llegar a la edad reproductiva, ejerciendo una auténtica prevención de las afecciones que puedan incidir sobre el curso de un futuro embarazo y parto, no sólo para

la salud materna sino también para la del feto y el futuro recién nacido.

Mención especial merecen algunos aspectos, en parte ya aludidos, que por su difusión e importancia en la asistencia materno-fetal actual deben resaltar. Nos referimos al ecógrafo como instrumento imprescindible a lo largo del proceso gestacional en todos sus aspectos diagnósticos, tanto fisiológicos como en posibles patologías, sobre todo para el embrión y el feto. La sofisticada instrumentación que rodea al parto monitorizado, que muestra los trazados de la dinámica uterina y registros continuos del latido cardíaco-fetal, es un soporte importante en la actual asistencia al parto.

Otro aspecto importante sería la generalización en el uso de la analgesia epidural para anular o disminuir de forma significativa el dolor que en tiempos pretéritos ha acompañado el proceso del parto y que tantos temores ha provocado durante siglos.

Cuando aludimos a todos los instrumentos y tecnologías que hoy nos acompañan en la asistencia, no sobraría un recuerdo al antiguo obstetra que no disponía para su trabajo sino de un simple guante de látex y de un estetoscopio de Pinard para la auscultación fetal.

También merecen un comentario dos hechos relevantes del nuevo escenario asistencial: la progresiva desaparición de la tocurgia y con ella la del llamado «arte obstétrico», y el incremento, a todas luces excesivo, de la operación cesárea. Sería detallista hacer consideraciones aquí de sus causas y efectos, pero sumariamente diremos que están implicados: la búsqueda de la seguridad en los resultados finales, la creciente exigencia y la presión de la sociedad sobre el equipo asistencial, la medicina defensiva, la judicialización en nuestra especialidad por el número creciente de demandas ante cualquier resultado no plenamente favorable, etc.

El nuevo escenario asistencial que rodea al embarazo y al parto es también consecuencia de profundos cambios económicos, laborales y sociales, como la edad creciente de la mujer para tener a sus hijos, los condicionantes del ingreso masivo de la mujer en el mercado laboral, la progresiva restricción en el número de gestaciones por parte de las nuevas parejas, la implantación de tratamientos para el control de la natalidad con el uso de medicamentos e instrumentos anticonceptivos y contraconceptivos,

llegándose incluso a legislaciones en relación con el aborto.

El escenario asistencial que estamos analizando estaría incompleto si no hiciéramos mención a los movimientos cada vez más extendidos a favor del llamado «parto ecológico», la asistencia «natural», o «el parto bajo el agua». Es necesario advertir aquí de que muchas de estas prácticas pueden incrementar los riesgos y disminuir las seguridades, lo cual no está en contradicción con hacer todo lo posible en favor de la humanización del parto. La mencionada humanización del parto es un bien en gran parte ya conseguido, pero sin olvidar que debe prevalecer siempre la seguridad en las actuaciones para preservar la salud de la madre y de su hijo.

Para terminar, haremos unas breves reflexiones en relación con los aspectos familiares y sociales del embarazo y el parto, que están siempre presentes a lo largo del proceso asistencial, a menudo en sentido positivo, apoyando a la mujer y también al profesional, pero a veces, perturbando con sus exigencias el acto médico. La presencia física del marido en el paritorio, e incluso en el quirófano, podría ser un buen ejemplo.

El feliz nacimiento de un recién nacido sano al final de una gestación bien controlada y sin problemas, y de un parto eutócico, es el colofón de la inmensa mayoría de nuestras actuaciones; que esta situación no se vea empañada por la dura realidad de un número mínimo de desenlaces no felices que deben requerir siempre por parte del equipo asistencial de una reflexión individualizada, para tratar de disminuir, en lo posible, su número y consecuencias.

### **Ginecología oncológica**

Los avances científicos, pero también, en gran medida, la mejora de las condiciones sociales, que se ha producido paulatinamente a lo largo del siglo xx, han cambiado de manera extraordinaria el escenario asistencial del paciente oncológico.

De un tiempo en que los procesos oncológicos eran prácticamente incurables se ha pasado a la situación actual, en la que entre el 50 y el 65% o más de los cánceres pueden curarse con terapéuticas modernas o son impedidos de desarrollarse con medidas preventivas.

El cambio fundamental se localiza no sólo en el alto número de curaciones que se consiguen, sino, sobre todo, desde el punto de vista social, en el período que los pacientes sobreviven a la enfermedad. Esta situación modifica el ejercicio de la asistencia sanitaria y es percibida, como no podría dejar de serlo, por los pacientes, en ocasiones en situaciones invalidantes.

La asistencia sanitaria ha tenido que adaptarse a los avances técnicos y al manejo de la nueva situación diseñando nuevos escenarios, como los llamados hospitales de día, las unidades de cuidados paliativos y, entre algunas más, las unidades de tratamiento del dolor. El paciente oncológico es un paciente que, cuando no obtiene la curación de su proceso, vivirá con enfermedad durante muchos años. Este es el hecho social condicionante del cambio. Se consigue convertir al cáncer en una enfermedad aparentemente crónica, con la cual es preciso convivir, tanto los pacientes como los sanitarios, en la búsqueda de una asistencia integral. Una asistencia que habrá de ser integral, coordinada y continuada, sobre la base de una buena comunicación médico-paciente.

El paciente oncológico vive en una situación inestable y de expectativas imprecisas, con gran emocionalidad y escasa racionalidad, que conduce a un estado de angustia y temor y a una compleja relación familiar, social y profesional. Sus demandas en el terreno asistencial se centran en la obtención de cuidados personalizados de calidad que no se limiten al aspecto clínico, sino a tener una información adecuada y suficiente.

El enfoque sanitario, obligadamente múltiple, ha de tener en cuenta actuaciones en prevención primaria, diagnóstico temprano, terapéutica curativa, terapias que prolongan la vida, tratamientos de soporte, rehabilitación, cuidados continuos y cuidados paliativos progresivos que no incluyan únicamente el manejo de la crisis al final de la vida. El soporte emocional y la participación del paciente en las decisiones terapéuticas son aspectos que han de completarse ahora.

Una situación particular, que se habrá que evaluar especialmente, es la del paciente en fase terminal avanzada, en la que debe sopesarse su calidad de vida y frente a la que habrá que establecer medidas que difieran de los tratamientos excesivos y que exigen la consideración de los deseos del pa-

ciente advertido. Los cuidados a estos pacientes han de ser individualizados.

### **Ginecología de la reproducción**

En los últimos años, no sólo se ha incrementado la demanda asistencial de las técnicas de reproducción asistida, sino que han aparecido nuevas indicaciones, como la selección embrionaria con intención terapéutica a terceros, la ampliación de las indicaciones del diagnóstico genético preimplantacional y una generalización de los programas de ovodonación.

Estos hechos, unidos a los cambios producidos en el marco legislativo, entre los que destacan la Ley de Investigación Biomédica y la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida (26 de mayo de 2006), han propiciado la existencia de nuevos núcleos familiares legalmente reconocidos, como los monoparentales (mujeres solas) o el de las parejas homosexuales.

Con el inicio de un nuevo milenio, se observan cambios demográficos importantes. La esperanza de vida ha aumentado y existe, sobre todo en los países desarrollados, una tendencia cada vez mayor a postergar el momento en que una mujer desea quedarse embarazada por primera vez.

Sin duda, este retraso está relacionado con una mayor incorporación de la mujer a la vida laboral y con el deseo de las mujeres más jóvenes de desarrollar su carrera profesional después de haber concluido sus estudios universitarios. No significa en absoluto que no quieran tener hijos, sino que desean tenerlos más tarde y esta decisión conlleva una importante desventaja, ya que a medida que la mujer envejece le cuesta más conseguir un embarazo, si no es con ayuda médica.

Uno de los retos más importantes que tiene la medicina de la reproducción de este siglo es lograr embarazos en la última etapa reproductiva de la mujer, puesto que parece difícil un cambio social que impulse a las mujeres a quedarse embarazadas en la edad que se es más fértil, de los 20 a los 32 años.

¿Cuál es el impacto de este cambio en el comportamiento reproductivo humano? En la década de los noventa, la posición de la clase médica y de la sociedad frente a las madres mayores de 40 años no

era del todo favorable, y existía un cierto prejuicio, debido posiblemente a las complicaciones del embarazo y el parto en la edad madura. Hoy día, aunque las reticencias han cambiado, sobre todo en la sociedad, sigue existiendo un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, como hipertensión, hemorragia en el segundo y el tercer trimestres, diabetes gestacional, accidentes hemorrágicos durante el parto y un peor desenlace perinatal, con una mayor incidencia de partos prematuros, recién nacidos de bajo peso, así como en un aumento de los ingresos en cuidados intensivos neonatales.

La maternidad en edades avanzadas parece proporcionar beneficios desde el punto de vista del niño, como es una mayor estabilidad y un entorno que es favorable para su desarrollo psíquico y su bienestar. Un hallazgo inesperado pero muy positivo respecto al desarrollo intelectual de estos niños fue descubrir que obtienen mejores resultados en las pruebas de capacidad intelectual, aunque se ignoran cuáles son exactamente los factores que intervienen. Sin embargo, la comunidad científica española comparte mayoritariamente la condena de la maternidad a edades en las que la mujer podría ser abuela y es contraria al mensaje de la posibilidad y seguridad del embarazo a cualquier edad.

Otro acontecimiento científico reciente de gran interés ha sido la mejora en las técnicas de criopreservación de gametos y embriones, que posiblemente se convertirán en una muy atractiva opción para prevenir la infertilidad y poder postergar el embarazo a edades tardías con mayor seguridad pero, sobre todo, permitirán preservar la fertilidad en pacientes oncológicas. La vitrificación de ovocitos (sistema de congelación rápida) se postula como el método ideal, pero es necesario un mayor número de recién nacidos sanos antes de ofrecerlo de manera generalizada.

La orientación preconcepcional de estas mujeres es obligada con el fin de disminuir al mínimo el riesgo materno fetal y de prevenir defectos del tratamiento y, aunque será difícil detener los desarrollos científicos, es importante concienciar primero a las mujeres y después a los responsables médicos y políticos del coste no sólo económico, sino también social y emocional, que supone el hecho de que la mujer tenga hijos a edades más tardías. Los médicos y los gestores de la sanidad necesitan arrostrar este desafío y ayudar a las mujeres a alcanzar una maternidad biológica.

## JUICIO CRÍTICO

Expuestos y sucintamente analizados en los apartados anteriores los condicionantes del nuevo escenario asistencial, la aparición de lo que denominamos «nuevo paciente» y «nuevo médico» y su mutua relación, y exploradas las consecuencias de todo ello; debemos ahora exponer, aunque sea brevemente, un juicio crítico que nos permita, con cierta perspectiva, evaluar si el nuevo escenario asistencial que estamos contemplando es un paso positivo hacia adelante en el devenir de la asistencia sanitaria general, o es un proceso que merece una depuración para evitar los aspectos negativos que han aparecido.

En primer lugar, debemos afirmar que, efectivamente, estamos ante un escenario asistencial nuevo, completamente distinto del que pudiera haber hecho medio siglo.

En un breve análisis, esto es consecuencia natural de estar inmersos en una sociedad en evolución continua, que se asienta en la protección legal de los derechos fundamentales individuales y colectivos, en su progresiva democratización, en los enormes y muy rápidos avances económicos y tecnológicos de todo tipo, desde instrumentación sanitaria, hasta las modernas y cambiantes técnicas de la información.

Se debería considerar la grave crisis de valores en la sociedad actual, con repercusión directa en la problemática en relación con el inicio y final de la vida, y también con la interrelación, muchas veces conflictiva, entre razas y sexos.

Estamos, pues, ante una nueva sociedad más exigente, mejor formada e informada, pero también más dirigida desde el poder, más uniforme y, paradójicamente, con su exigencia, más conformista en aspectos éticos y morales.

Es indudable que hemos dado pasos de gigante en materia de promoción de la salud y mayor calidad de vida sanitaria, así como en mejores expectativas en años de vida y gran disminución de mortalidades como viruela, malaria, en el parto, etc., todo ello aplicado principalmente a los países desarrollados. Como contrapunto, han aparecido problemas sanitarios y enfermedades nuevas, como la obesidad o el sida, y la reaparición de enfermedades que creíamos en trance de superación, como la tuberculosis o las enfermedades de transmisión sexual. Es

**664** decir, grandes avances, como el desarrollo de la medicina preventiva o el diagnóstico temprano de neoplasias malignas y tratamientos efectivos nuevos en quimioterapia con perspectivas prometedoras, y la aparición de nuevos e importantes problemas que no podemos eludir, como los derivados de la terapia genómica o los que encuentran su origen en problemas medioambientales o en corrientes migratorias.

En cuanto al ejercicio práctico diario de la medicina, los cambios han sido, sin duda, en general, muy positivos; con la cobertura gratuita y de calidad por la sanidad pública a la población española y residente en España, y también el mayor nivel de calidad en la medicina privada y de asistencia colectiva.

El trabajo en equipo, el apoyo prestado por los protocolos y las guías de actuación, junto a los documentos de consenso, reuniones científicas, congresos, etc., han dado al médico especialista herramientas eficaces para su ejercicio diario, completando así la formación académica, de especialización y de formación continuada, hasta conseguir un grado de excelencia en la competencia profesional de muchos de nuestros especialistas en obstetricia y ginecología.

Como contraste negativo, no debemos dejar de citar el desencanto y la desmoralización de muchos de nuestros compañeros ante las pobres perspectivas de desarrollo profesional, o la proletarianización progresiva en el ejercicio médico, con descenso en su apreciación social y, durante demasiado tiempo, muy escasas e injustas retribuciones económicas.

Adicionalmente, no se puede dejar de aludir a ciertos movimientos negativos que tienden a asentarse en nuestra sociedad, como el excesivo culto al cuerpo y a la belleza o a un exagerado encumbramiento a lo «natural» o «ecológico», con aplicaciones en nuestra especialidad, sobre todo en el embarazo y parto, o la creciente judicialización de la medicina en general, y nuestra especialidad en particular, que nos lleva a un progresivo desarrollo de la medicina defensiva, que es perversa en su origen y costosa para el paciente y las instituciones. No se debe obviar aquí toda la problemática surgida como consecuencia de poner en práctica procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que calificamos como excesivos ligados a un ejercicio «defensivo» en la práctica médica, con evidente perjuicio económico,

social, y también para el propio paciente, como ya hemos denunciado anteriormente.

Es bueno no tolerar la negligencia médica, pero es malo tratar de sacar provecho económico del desenlace inesperado, pero no inducido por error médico, sino por el hecho incontrovertible, aunque a veces no admitido, de que «la medicina no lo puede todo» y de que la enfermedad y la muerte serán siempre compañeras indeseadas pero ciertas del ser humano.

Este juicio crítico no puede terminar sino con una conclusión optimista, porque el nuevo escenario asistencial ha abierto una seguridad mucho mayor en el ejercicio médico para el paciente y también para el profesional, que tiene instrumentos y técnicas que hacen sus diagnósticos mucho más fiables y sus tratamientos más efectivos.

Si a todo ello añadimos la reflexión de que debemos hacer un esfuerzo por conseguir una medicina más cercana al paciente, más humanizada y que el paciente vuelva a sentirse el epicentro del sistema sanitario, por encima de todos los instrumentos y aparatos, habremos llegado a la meta de unir eficacia y eficiencia con una renovada y positiva relación entre el médico y su paciente.

## VISIÓN ÉTICA

El cambio más profundo en la relación médico-paciente en los últimos 30 años es el reconocimiento de la persona del paciente, como agente moral autónomo, que ha de tratarse con toda competencia profesional y respeto a la persona. Este respeto ha de manifestarse tanto en la acogida, como en la escucha atenta sobre lo que el paciente quiere o desea comunicar.

Resulta obvia la necesidad de rentabilizar el tiempo profesional dedicado a cada paciente, tanto en el marco de la visita privada, como en el de la Seguridad Social. Esto presenta una especial dificultad en el ámbito de la medicina pública porque no se dispone, muchas veces, del tiempo suficiente para establecer la relación profesional que permita ir más allá de la comunicación necesaria para recuperar la confianza de los pacientes, debilitada en las últimas décadas por factores como la tecnificación de la medicina, la burocratización de la asistencia y el mayor interés profesional de médicos especialistas

por los aspectos más técnicos del diagnóstico, pronóstico y tratamiento que por el arte de establecer una relación de confianza con el paciente. La suma de todos estos factores conlleva que el paciente llegue a entablar una relación más bien superficial con muchos médicos, de diferentes caracteres y sensibilidades, en los que la eficacia prima sobre la calidad de la relación humana, y el resultado es científicamente correcto la mayoría de la veces. Sin embargo, no puede negarse que la relación afectiva médico-paciente necesaria, y que englobamos bajo el concepto de confianza, se ha sido deteriorado francamente.

Para no repetir la riqueza de observaciones del documento que comentamos, me limitaré a subrayar aquellos aspectos en los cuales creemos que es posible recuperar aspectos humanísticos perdidos o, tal vez, infravalorados, sin renunciar en absoluto a la eficacia y la eficiencia que ofrece la medicina actual.

Resulta, en estos momentos, que los médicos podemos y debemos ser modelos ejemplares ante la sociedad del trato que establecemos con los pacientes, tanto por la competencia profesional como por el respeto que nos merecen las personas que tratamos. Resulta de máxima importancia: «Una reflexión colectiva, social y profesional para recuperar la relación bilateral médico-paciente basada en la mutua confianza, amabilidad, respeto y, si se puede, alcanzar el afecto entre ambos. Para ello, nada mejor que un paciente bien informado y formado, y un médico competente, prudente y asequible. Superada y desfasada en el tiempo la vieja relación de supremacía del médico sobre el paciente, se trata de reequilibrar el péndulo en la relación y evitar que un paciente sobreinformado y desconfiado malicie esta relación y haga del médico un profesional a la defensiva que, obviando al paciente como eje y base del acto médico, se refugie en múltiples peticiones auxiliares para llegar al diagnóstico y haga del tratamiento eficaz un motivo de desequilibrio económico, personal, familiar o social».

En esta línea queremos destacar dos importantes contribuciones que, sin duda, ayudarán a los médicos a equilibrar la balanza entre ciencia y humanidad. Una importante contribución fue el documento que elaboró el grupo de investigadores del Hastings Center sobre los fines de la medicina, que intenta desmitificar la medicina a fin de que el ejercicio de

esta sea, efectivamente, un progreso para la humanidad, poniendo un énfasis especial en la prevención de las enfermedades, la paliación del dolor y del sufrimiento, situar a un mismo nivel el curar y el cuidar, y advirtiendo contra la tentación de prolongar indebidamente la vida<sup>[3]</sup>.

El discurso del profesor Ramón Bayés en el acto de su investidura como Doctor Honoris Causa por la UNED es el ejemplo más reciente que conozco del tratamiento a los pacientes desde la perspectiva más humana de cuidar, subrayando que la persona no es el organismo, no es la mente, no es el cerebro, sino el resultado final, siempre provisional mientras funcione su cerebro, de su historia interactiva individual, elaborada en entornos físicos, culturales, sociales y afectivos específicos a través del lenguaje y otras formas de comunicación. En esta misma dirección apuntaba al profesor Robert Cefalo, de los Estados Unidos, excelente ginecólogo y uno de los primeros miembros del tribunal para juzgar los méritos de los ginecólogos aspirantes al título oficial de especialistas en perinatología de los Estados Unidos. En su discurso de agradecimiento con motivo de su jubilación por figurar en la colección «The Norma Berryhill Lectures», el Dr. Cefalo, alma del Hospital de Carolina del Norte, asociado a la universidad del mismo nombre, pasó revista a los progresos y al prestigio de sus facultades y reconocimiento oficial. Desde la perspectiva crítica, lamentó que la inclinación de nuevas generaciones de médicos, de excelente formación científica, se haya contrabalanceado con una disminución del interés por la práctica de la medicina como arte y por descuidar valores muy necesarios, que podríamos encuadrar como el arte del ejercicio de la medicina, y el interés por el paciente como persona. Pidió una reflexión y un esfuerzo en recuperar la excelencia profesional en estas cuatro áreas: el arte y deber de cuidar; la excelencia en las habilidades de comunicación, y el valor de ser un profesional íntegro y, por consiguiente, modelo ejemplar para colegas y futuras generaciones de profesionales sanitarios. En sus palabras: «*Caring culture; outstanding communication skills and courage o be professional role models*».

<sup>[3]</sup>Los fines de la medicina. Cuadernos de la Fundació Grifols i Lucas; 2004, n.º 11.

La película *Amar la vida*<sup>[4]</sup> es toda una lección que debiera de insertarse en el aprendizaje de todo residente en obstetricia y ginecología. Es un retrato de personajes que presentan el desequilibrio entre el arte de cuidar y el excelente interés científico.

Hace ya unos años, recordamos en un par de reuniones de la Asociación Interdisciplinar José de Acosta las palabras de Gregorio Marañón, que mencionamos aquí porque conservan toda la actualidad de antaño: «Un hombre de ciencia que sólo es hombre de ciencia, como un profesional que sólo conoce su profesión, puede ser infinitamente útil en su disciplina; pero ¡cuidado con él! Si no tiene ideas generales más allá de su disciplina, se convertirá irremediabilmente en un monstruo de engruimiento y de susceptibilidad. Creerá que su obra es el centro del Universo y perderá el contacto generoso con verdad ajena; y, más aún, con el ajeno error, que es el que más enseña si lo sabemos acoger con gesto de humanidad. Como estas máquinas perforadoras que tienen que trabajar bajo un chorro de agua fría para no arder e inutilizarse, el pensamiento humano, localizado en una actividad única, por noble que esa actividad sea, acaba abrasándose en vanidad y petulancia. Y para que no ocurra así, ha de menester el alivio de una vena permanente de fresca preocupación universal»<sup>[5]</sup>.

## CONCLUSIONES

1. La configuración de un nuevo paciente y de un nuevo médico, en el seno de una nueva sociedad, es el eje fundamental del nuevo escenario asistencial.

2. El reconocimiento de los derechos fundamentales de los individuos, la aprobación de legislaciones sociales protectoras en materia sanitaria y los grandes avances tecnológicos y de sistemas de información son la base de la nueva sociedad.

3. La autonomía del paciente y su mejor formación e información, son determinantes en el nuevo

paciente, que siempre debe ser el eje fundamental de la asistencia sanitaria.

4. La mejor preparación académica y de especialización, junto a la formación continuada, la MBE y el trabajo en equipo son la base sobre la que se asienta la excelente competencia profesional del nuevo médico. No obstante lo anterior, la negligencia médica no debe ser tolerada y, en su caso, si procede, tendría que ser sancionada.

5. El desarrollo de la medicina preventiva, los enormes avances tecnológicos en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades y procesos, junto a las nuevas técnicas en información, han proporcionado mejoras trascendentales en la disminución de mortalidades y morbilidades, y en prolongar sustancialmente la calidad de vida y su expectativa.

6. En medicina materno-fetal, los logros conseguidos en supervivencia en prematuros, la práctica desaparición de la mortalidad materna y la gran disminución de la mortalidad y morbilidad perinatal tienen su base en la nueva concepción del feto como paciente, en los nuevos conocimientos fisiopatológicos del embarazo y el parto, y en el desarrollo de nuevas tecnologías y, sobre todo, en el trabajo en equipo con matronas, neonatólogos, genetistas, anestesiistas, intensivistas, etc.

7. En ginecología oncológica, las nuevas técnicas para el diagnóstico temprano de las neoplasias malignas y las mejoras en su tratamiento, tanto quirúrgico como en quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia, abren para los pacientes muy prometedores horizontes de curación y prolongación de vida saludable y digna, evitando futilidades y tratamientos excesivos.

8. En ginecología de la reproducción, todo o casi todo ha sido renovado o es nuevo, y así la paciente infértil y la estéril han encontrado espectaculares soluciones a través de las técnicas de reproducción asistida, estudios genéticos, preservación de la fertilidad, etc.

9. Aunque todas las conclusiones anteriores tienen un signo marcadamente positivo y optimista, no podemos dejar de citar con preocupación signos negativos y perjudiciales en el nuevo escenario asistencial. Así, la progresiva judicialización en el ejercicio médico por parte de una sociedad sobreinformada y ávida de resultados siempre felices, la aparición de la llamada medicina defensiva por parte de los

<sup>[4]</sup>Título original: *Wit*. Director: Mike Nichols. Actores: Emma Thompson, Christopher Lloyd. País: Reino Unido-Estados Unidos. Fecha de estreno: 1 de enero de 2001.

<sup>[5]</sup>Marañón G. La medicina y los médicos. Madrid: Espasa-Calpe; 1962. p. 54.

especialistas, la pérdida en demasiadas ocasiones del papel central del paciente como eje del ejercicio médico, el desencanto de muchos especialistas ante la falta de perspectivas profesionales, sociales y económicas, y el grave deterioro afectivo y de confianza en la relación médico-paciente son elementos y circunstancias muy preocupantes que hay que abordar y, en lo posible, corregir.

10. Como conclusión final, debemos afirmar que el nuevo escenario asistencial es altamente positivo para la sociedad en general, y singularmente para el paciente y el médico en relación con el contemplado hace medio siglo y, únicamente, cabe llamar la atención sobre la aparición de determinados problemas negativos que, bien identificados, deben ser susceptibles de superación.