



SUMARIO

TEMA DEL DÍA

	PÁGINA
LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE- <i>NIEVES BARRAGAN</i>	1
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE: LA RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES- <i>PABLO HERNANDO</i>	15

PENSAMIENTO ACTUAL

EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y EL SABER DE LA ÉTICA. EL PARADIGMA DE LA MEDICINA CLÍNICA - <i>MÀRIUS MORLANS MOLINA</i>	39
--	----

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

MEDIO SIGLO DE AJEDREZ - <i>LUIS BOHIGAS</i>	59
--	----

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicaran en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI @.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Nieves Barragan

Resumen: La forma en que el médico mira y respeta profundamente a la persona-paciente gracias a situarla en el centro de la conversación, al tiempo que se queda como profesional sanitario intelectualmente a su alrededor. Ambos hechos son la propuesta de comunicación con el paciente que se empezó a desarrollar teóricamente sobre la mitad del siglo XX y que hoy presenta multitud de literatura e investigación de calidad. En la actualidad, no obstante, podemos asegurar que la “comunicación centrada en el paciente” es un modelo con evidencias suficientes de utilidad demostrada para mejorar la salud de los pacientes. Este estilo se puede aprender si se interioriza, ayudando así a los médicos y a otros sanitarios a realizar su trabajo de una forma más eficiente y satisfactoria.

Palabras clave: comunicación centrada en el paciente, entrevista clínica, comunicación médico-paciente.

Abstract: *PATIENT-CENTERED COMMUNICATION*

The doctor's way of looking at his patient, deep respect for his person, placing him at the center of the conversation and remaining as a health professional intellectually around him, is the communication proposal that began to be developed theoretically around the middle of the XX century and that at present shows a multitude of literature and quality research that allows us to ensure that "patient-centered communication" is a model that has demonstrated sufficient evidence of utility to improve the health of patients. This style can be learned if it is internalized, thus helping doctors and other health professionals to perform their work in a more efficient and satisfactory way.

Keywords: Patient-centered communication, clinical interview, physician-patient communication.

Artículo recibido: 10 abril 2016; **aceptado:** 15 noviembre 2016.

La comunicación es la herramienta sobre la que se construye el vínculo entre el médico y el paciente para conseguir una relación terapéutica. La conceptualización de los mecanismos que se producen para que la comunicación sea efectiva, se hace necesaria para acercarnos al proceso y a la descripción de los objetivos, de la idoneidad y del estilo en el que debemos profundizar para incorporar o desestimar nuevos modelos de relación médico-paciente.

La importancia de poner al paciente en el centro de la relación seguramente ha estado en la intencionalidad de los médicos desde el origen de la profesión, pero es a partir de los años 80 cuando el “*método clínico centrado en el paciente*” se conceptualiza y se empieza a utilizar en educación e investigación. Muchos nombres se implican en sus inicios y numerosas publicaciones (1984: Levenstein et al.¹, 1989: Brown et al.², Stewart et al.³, Weston et al.⁴). El término “*medicina centrada en el paciente*” es introducido por Balint et al. en 1970 desarrollándolo en contraste con lo que llama “*medicina centrada en la enfermedad*”⁵.

En la segunda mitad del siglo XX, surgen nuevos modelos teóricos de relación y comunicación médico-paciente. Gracias a los trabajos publicados por Carls Roger (1951)⁶, Balint (1957)⁷ y posteriormente por Byrne (1984)⁸, se desarrolla un nuevo modelo llamado Comunicación Centrada en el Paciente (CCP). Este término, acuñado por Balint, propone un modelo que avanza respecto al modelo clásico, más centrado en el profesional o en la enfermedad⁹. El eje del interés en el modelo CCP pasa del “médico que sabe de la enfermedad (*disease*)”, al “paciente que vive esa enfermedad (*illness*)”⁶. Ya no es sólo la enfermedad, sino el enfermo, el núcleo de la reflexión. La ciencia y el conocimiento médico dejan de ser un estándar de relación y de conocimiento teórico. El médico necesita conocer y adaptarse a las vivencias de cada persona, aprendiendo a contextualizar los conocimientos teóricos y los recursos disponibles para ser realmente eficaz en el proceso en el que interviene como profesional. El médico no olvida sus conocimientos científicos, pero al aplicarlos tiene en cuenta la experiencia y las expectativas de quien la sufre. Como persona que es, el paciente vive sus desconocimientos, miedos y ambivalencias con dificultad, y en ocasiones sin saber expresarlas.

Dos escuelas comienzan a desarrollar simultáneamente en los años 80 modelos de comunicación médica, líneas de investigación y formación en este sentido:

- Modelo canadiense: El modelo de *comunicación centrada en el paciente*, liderado por el Dr. Levenstein y la Dra. Stewart ^{1, 10} en la universidad de Western Ontario (Canadá). Este modelo se centra en 6 componentes:
 1. Explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona al paciente valorando no sólo la exploración del síntoma, sino también las creencias, expectativas y emociones (por el ejemplo, el miedo) y el impacto en sus funciones diarias, prestando atención a las claves verbales y no verbales que aporte el paciente (Anton, Moak et al. 2005)¹¹.
 2. Comprender a la “persona completa”, teniendo en cuenta los aspectos familiares, sociales, laborales, culturales o económicos e integrándolos en su manejo diagnóstico y terapéutico.
 3. Buscar acuerdos con el paciente tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, e incluso en los roles que como pacientes y médicos tenemos.
 4. Incorporar la prevención-promoción de la salud, la identificación de factores de riesgo, la detección precoz de enfermedades y la disminución de su impacto.
 5. Cuidar la relación profesional-paciente, creando el ámbito de intimidad adecuado, potenciando el pacto frente al contrato.
 6. Ser realista, viendo el modelo desde la continuidad de la atención, teniendo en cuenta los recursos en el contexto del equipo, con objetivos razonables y con coste en tiempo y energía emocional asumibles.
- Modelo inglés, desarrollado principalmente por el Dr. Pendelton con dos libros de gran impacto en los entornos comunicacionales: *Doctor-Patient Communication (1983)*¹² y *The consultation: an approach to learning and teaching (1984)*¹³. Este modelo gira en torno a 7 tareas o mapa de consulta, que resumidamente se enumeran a continuación:
 7. Comprender la naturaleza e historia del problema.
 8. Considerar la perspectiva del paciente.

9. Capacitar al paciente para que elija una acción apropiada a cada problema.
10. Capacitar al paciente para manejar el problema.
11. Considerar otros problemas.
12. Usar el tiempo apropiadamente.
13. Mantener un tipo de relación con el paciente que facilite la consecución de las tareas.

Como puede verse en estos puntos, ambos grupos mostraron aspectos complementarios en un campo que, posteriormente, ha desarrollado la evidencia científica que avala el modelo^{11 14}. Los resultados de la CCP pueden medirse con parámetros clínicos (ej: niveles de colesterol, HbA1c, HTA, etc), pero también con escalas de bienestar físico, emocional o de satisfacción del paciente. Otros aspectos como la adherencia al tratamiento¹⁵, o el uso de pruebas diagnósticas¹⁶ son también motivo de investigación.

Un área específica de gran relevancia donde la aplicación de la CCP muestra grandes beneficios es en los pacientes oncológicos. El paciente con cáncer es especialmente sensible a las respuestas que el médico presenta ante sus emociones, el manejo de la incertidumbre o el apoyo para desarrollar el autocontrol de síntomas. La dimensión psicosocial adquiere más peso que la biomédica. Los doctores Ronald Epstein (Rochester) y Richard Street (Texas) lideraron una exhaustiva monografía, *Patient-centered communication in cancer care: Promoting Healing and Reducing Suffering*¹⁷ donde se aborda la definición, enseñanza e investigación de una forma minuciosa.

Dos metanálisis han venido a corroborar las bases de esta disciplina. El primero publicado por Venetis et al. en 2009 evalúa 25 ensayos clínicos (2007-2009)¹⁸ en consultas audiograbadas de pacientes ya diagnosticados de cáncer. Contexto: oncología. Se evalúan dos conceptos: la Comunicación Centrada en el Paciente (CCP) y el Comportamiento Instrumental. **La CCP** a su vez se divide en dos componentes: *el comportamiento afectivo* (mostrar aprobación, empatía,

preocupación, seguridad, charla social) y *el comportamiento participativo* (si el médico facilita la participación del paciente promoviendo preguntas y opiniones, y si la participación realmente se produce). **El Comportamiento Instrumental** se entiende como las acciones encaminadas a conversaciones para dar consejo e información. El resultado buscado es el grado de satisfacción (confort) del paciente con cáncer. La CCP resulta positivamente asociada ($p < 0.05$) con la satisfacción; el comportamiento afectivo por sí mismo también lo es, pero no, el comportamiento participativo cuando se mide aisladamente ($p > 0.05$). El Comportamiento Instrumental (dar información) también se asocia a una satisfacción estadísticamente significativa. Para concluir, la CCP está más fuertemente asociada con la satisfacción que el Comportamiento Instrumental ($z = 6,11$).

El segundo estudio, desarrollado por Rathert et al.¹⁹ incluye todos los artículos de CCP desde sus inicios hasta septiembre de 2012 en los que se presentan resultados en salud. Tras una primera selección de 1218 artículos, se escogen 40 ensayos clínicos. Los resultados se catalogaron en tres apartados: satisfacción del paciente, resultados clínicos y resultados organizativos. En la Tabla 1 se recogen los estudios más significativos.

Objeto estudio	Resultados	Autor/Año/Nº pacientes	Referencia
Fibromialgia	Reducción ansiedad e intensidad del dolor tras 1 año	Muñoz Álamo/2002/110	Muñoz A, Ruiz R, Pérula LA. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. Patient Education Counseling. 2002. 48:23-31. ²⁰
Cuidados de salud diarios	Reducción exceso de peso	Calfas/2002/173	Calfas KJ, Sallis, JF, Zabinski, MF, Wilfley, DE, Rupp, J, Prochaska, JJ, Patrick, K. Preliminary evaluation of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adults. Preventive Medicine. 2002. 34:153-161.

La comunicación centrada en el Paciente

Nieves Barragan

Objeto estudio	Resultados	Autor/Año/Nº pacientes	Referencia
Cuidados de salud diarios en pacientes geriátricos	Aumento cuidados diarios en grupo de intervención	Counsell/2000/1.513	Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer RM, Fortinsky, R. H., Kresevic DM, Landefeld CS. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: A randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> . 2000. 48:1572-1581.
Cáncer	Mayor satisfacción	Dowsett/2000/113	Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, Dunn SM, Boyer MJ, Findlow R, Dunsmore, J. Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. <i>Psychooncology</i> . 2000. 9:147-156.
Diabetes	Más exámenes de pies y consejo nutricional	Glasgow, 2004	Glasgow RE, Nutting PA, King DK, Nelson CC, Cutter G, Gaglio B, Amthauer, H. A practical randomized trial to improve diabetes care. <i>Journal of General Internal Medicine</i> . 2004. 19:1167-1174.
Parkinson	Mayor satisfacción	Grosset&Grosset/2005/117	Grosset KA, Grosset DG. Patient-perceived involvement and satisfaction in Parkinson's disease: Effect on therapy decisions and quality of life. <i>Movement Disorders</i> . 2005. 20, 616-619.
Cáncer de mama	Mayor continuidad en tratamiento con tamoxifeno tras 4 años.	Kahn/2007/881	Kahn KL, Schneider EC, Malin JL, Adams JL, Epstein AM. Patient centered experiences in breast cancer: Predicting long-term adherence to tamoxifen use. <i>Medical Care</i> . 2007. 45:431-439.
Autonomía percibida	La satisfacción por la PCC depende de la autonomía del	Lee&Lin/2010/614	Lee YY, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. <i>Social Science & Medicine</i> . 2010. 71:1811-1818.

La comunicación centrada en el Paciente

Nieves Barragan

Objeto estudio	Resultados	Autor/Año/Nº pacientes	Referencia
	paciente (preferencias marcadas)		
EPOC	Mejora autocuidados. La actividad física es un moderador que predice los resultados clínicos y funcionales.	Lemmens/2008/278	Lemmens KMM, Nieboer AP, Huijsman R. Designing patient-related interventions in COPD care: Empirical test of a theoretical model. Patient Education & Counseling. 2008. 72(2):223-231. ²¹
Satisfacción	Satisfacción relacionada con la reducción de síntomas un mes después de la visita.	Little/2001/865	Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., & Payne, S. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: Observational study. British Medical Journal. 2001. 322: 468-472.
Pacientes geriátricos	Menor número de reingresos hospitalarios y menos días de ingreso en siguientes 6 sem.	Naylor/1994/276	Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. Annals of Internal Medicine. 1994. 120:999-1006.
Factores RCV: HbA1c, LDL, TAs	Mejoras en grupo de intervención	Rocco/2011/1110	Rocco, N., Sher, K., Basberg, B., Yalamanchi, S., & Baker-Genaw, K. (2011). Patient-centered plan-of-care tool for improving clinical outcomes. Quality Management in Health Care, 20(2), 89-97.

La comunicación centrada en el Paciente

Nieves Barragan

Objeto estudio	Resultados	Autor/Año/Nº pacientes	Referencia
Enfermedades crónicas	Mejora en alimentación, ejercicio físico, gestión del stress, calidad de vida	Schmittdiwl/2008 /4108	Schmittdiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. Journal of General Internal Medicine. 2008. 23:77-80.
Postoperatorio	No se observan diferencias significativas	Wolf/2008/116	Wolf D, Lehman L, Quinlin R, Rosenzweig M, Friede S, Zullo T, Hoffman L. Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? Journal of Nursing Administration. 2008. 38(12):532-540.
Servicios de enfermería	Mejora en la satisfacción por la calidad de los servicios. Sin cambios en satisfacción general	Wolf/2008/116	Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Zullo T, Hoffman L. Effect of patient- centered care on patient satisfaction and quality of care. Journal of Nursing Care Quality. 2008. 23:316-321.
Satisfacción	El entusiasmo de médicos y enfermeros declinó a lo largo del estudio. Pacientes: sin impacto en el nivel de satisfacción	Woodcock/1999/ 150	Woodcock AJ, Kinmonth AL, Campbell MJ, Griffin SJ, Spiegel NM. Diabetes care from diagnosis: Effects of training in patient-centred care on beliefs, attitudes and behaviour of primary care professionals. Patient Education & Counseling. 1999. 37(1): 65-79. doi:10.1016/S0738-3991(98)00104-9

Objeto estudio	Resultados	Autor/Año/Nº pacientes	Referencia
Satisfacción	Mayor satisfacción, mayor adherencia al tratamiento	Zandbelt/2007/323	Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, De Haes HC. Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. Medical Care. 2007. 45:330-339.

Tabla 1. Resumen metaanálisis ensayos clínicos CCP y resultados en salud ¹⁹

En su libro *Práctica clínica centrada en el paciente*²², Francesc Borrell dedica un capítulo al modelo centrado en el paciente, afinando la definición de **práctica clínica centrada en el paciente** en el que valora algunos pros y contras de dicho modelo²³. Entre las ventajas, destacan las siguientes: los médicos trabajan más los intereses y expectativas de los pacientes, presentan mejores resultados en salud y menos demandas legales; cuando el médico averigua de manera activa la preocupación de los pacientes afloran más los estresores de tipo mental; se produce un ahorro neto en pruebas diagnósticas, aunque a costa de alargar las entrevistas. Por otro lado, Borrell plantea dos dudas en relación a la metodología de investigación: ¿Cuándo decidimos que una entrevista es centrada en el paciente? ¿Basta con que aparezca alguna pregunta al inicio de la fase exploratoria? ¿Cuántas preguntas son necesarias? Por otro lado, desde la perspectiva del paciente se plantea si todos los pacientes quieren participar de la entrevista o prefieren quedar a merced de las decisiones del médico. En relación a la primera cuestión relativa a la investigación, un reciente metanálisis, sobre la evidencia de las decisiones compartidas en pacientes con cáncer, deja muchas dudas todavía sobre este intento de informar para decidir y abre una nueva pregunta: las decisiones que compartimos ¿qué grado de calidad tienen?²⁴ La cuestión relativa a los pacientes parece más sencilla de resolver, ya que podemos preguntarles a ellos, a los propios pacientes, qué opinan sobre la participación en sus procesos. En un trabajo realizado por Ruiz et al. en 2012, en el que se incluyen 658 pacientes y 97 médicos de AP en 58 centros de España, el 41% de los pacientes piensa que en las decisiones médicas debe participar sólo el médico, mas un 60% declaran que les

habría gustado opinar sobre las opciones planteadas, pero el médico no les animó a ello²⁵.

Práctica clínica centrada en el paciente es aquella que tiene por objetivo diagnosticar, prevenir y tratar al paciente de manera acorde a los conocimientos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), pero adaptándolos a la perspectiva vital del paciente, para así lograr una comprensión y una acción compartida de la enfermedad, sus consecuencias y su tratamiento.

Figura 1. Definición del modelo centrado en el paciente

El IOM (Institute of Medicine) de USA, considera que centrarse en el paciente es uno de los 6 objetivos clave de un sistema sanitario de calidad en el S. XXI²⁶.

Diferentes estudios aportan más datos sobre las diferentes facetas en la CCP:

Una reciente revisión Cochrane (2014)²⁷, evalúa los ensayos clínicos entre 2008 y 2011 en los cuales la intervención es ayudar a los pacientes en sus decisiones, valorando beneficio y riesgo a través de la información acerca de las opciones de screening o tratamiento, comparado con los cuidados habituales. Los resultados muestran una evidencia de alta calidad a favor de la ayuda en las decisiones, en comparación con la atención habitual, mejorando el conocimiento de los pacientes acerca de las opciones, y reduciendo el conflicto decisional relacionado con sentirse desinformados y confusos respecto a sus valores personales. Sin embargo la implicación activa de los pacientes, en la toma de decisiones y la percepción de riesgo, muestra una evidencia moderada. Finalmente, esta revisión no muestra congruencia entre la opción elegida y los valores del paciente. No se obtienen conclusiones sobre el detalle necesario en la ayuda prestada, ni la adherencia a la opción elegida.

Internet y las redes sociales también acogen el modelo de la CCP:

- El grupo de trabajo dirigido por el Dr Fegurson (in memoriam), defensor del empoderamiento del paciente, trabaja en internet con colegas y pacientes: “La

visión médica del mundo en el siglo XX no reconoce la legitimidad de la competencia médica y la autonomía del paciente. Por eso, sus indicadores, métodos de investigación y vocabulario cultural son poco adecuados para el estudio de este campo emergente. Es necesario algo parecido a una actualización de nuestro sistema de pensamiento, un nuevo sistema operativo cultural para una atención sanitaria en el que los e-pacientes pueden ser reconocidos con autonomía para gestionar gran parte de su propio cuidado, atender al cuidado de otros, ayudar a los profesionales a mejorar la calidad de sus servicios, participar plenamente en nuevos tipos colaboración médico-paciente, realizar investigaciones iniciadas por los pacientes y autogestionar su cuidado. Su grupo introduce conceptos como las “Redes Centradas en el Paciente: Comunidades de Cuidados Conectadas”²⁸.

- En 2011 un e-libro ve la luz fruto del trabajo colaborativo: El ePaciente y las redes sociales, donde se abordan entre otros temas, la transformación de los sistemas sanitarios debido a la facilidad y cercanía de la información, y a la posibilidad de mejorar la comunicación entre médicos y pacientes²⁹.
- El paciente es hoy, o puede ser, una persona mejor informada, con criterio, que sabe sus gustos y sus rechazos, así como lo que no se adapta a sus expectativas. La sociedad ha entendido que la seguridad del paciente aumenta con la información. Los pacientes se han organizado en internet. Un ejemplo en nuestro entorno actual es la escuela de pacientes (<http://www.escueladepacientes.es>).
- En la actualidad la creatividad de los modelos centrados en el paciente ha llevado a crear materiales más didácticos que facilitan la toma de decisiones compartidas <http://shareddecisions.mayoclinic.org/>

En relación con esta globalización, Glyn Elwyn en una carta a la WONCA expresa: “nuestra comprensión de la consulta está evolucionando, en parte por la investigación, y en parte por nuestra manera de ver el mundo”³⁰.

En nuestras manos queda el cambio necesario para transformar la atención sanitaria en un lugar de confort donde el paciente pueda vivir su situación personal,

sintiéndose escuchado, entendido y participe de su propio proceso. En nuestra mente de médicos queda el proceso, aún inicial, de asimilar que la atención sanitaria no es un poder que practicamos para curar o aliviar, sino un conocimiento profesional, teórico y experiencial, expuesto para ser compartido, y ayudar así a las decisiones que juntos deberemos tomar. Este pensamiento divergente no nos hace perder poder ni nos resta valor científico, más bien al contrario, nos hace más eficientes, pero sobretodo, más humanos.

Dra. Nieves Barragan

Médico de familia
Cap Vallcarca-Barcelona
Miembro del Grupo Programa Comunicación y salud de semFYC
Docente en habilidades de comunicación
Tesis doctoral sobre formación en entrevista motivacional (2016).

nieves.barragan@gmail.com

Bibliografía

1. Levenstein J. The patient-centered general practice consultation. S Afr Fam Pract. 1984;5:276-82;
2. Brown JB, Weston W, Stewart MA. Patient-Centered Interviewing Part I: Finding Common Ground. CAN FAM PHYSICIAN. 1989;35:153-7; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280437/pdf/canfamphys00155-0155.pdf>
3. Stewart M, Brown JB, W WW. Patient-Centered Interviewing Part III: Five provocative Questions. Can Fam Physician. 1989;35:159-61; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280442/pdf/canfamphys00155-0161.pdf>
4. Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-Centered Interviewing. Part I: Understanding Patients' Experiences. CAN FAM PHYSICIAN. 1989;35:147-51; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280441/pdf/canfamphys00155-0149.pdf>
5. Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. Treatment Or Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice: Tavistock Press; 1970.
6. Rogers C. Client-centred therapy – its current practice, implications and theory 1951.
7. Balint M. The doctor, his patient and the illness. : Londres: Tavistock Publications; 1957.
8. Byrne P, Long B. Doctor talking to patients 1984.
9. Prados J, Cebrià J, Bosch J. Comunicación centrada en el paciente. FMC. 2000;7:83-5;

10. Stewart M. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med.* 1984;19:167-75;
11. Anton RF, Moak DH, Latham P, Waid LR, Myrick H, Voronin K, et al. Naltrexone Combined With Either Cognitive Behavioral or Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology.* 2005;25(4):349-57; <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004714-200508000-00010>
12. Pendelton D, Hasler J. *Doctor-Patient Communication: Academic Press; 1983.*
13. Pendelton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford Medical Publications, 1984 ed1984.*
14. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The new consultation: developing doctor-patient communication.2003. 143 p.*
15. Hahn S. Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. *Ophthalmology.* 2009;116(11 suppl):37-42; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19837259>
16. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med.* 2005;3(5):415-21; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16189057>
17. Epstein R, Street R. *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Chapter 1. 2007.*
18. Venetis M, Robinson J, Turkiewicz K, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient education and counseling.* 2009;77(3):379-83; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19836920>
19. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2013;70(4):351-79; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23169897>
20. Muñoz A, Ruiz Moral R, Pérula L. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient education and counseling.* 2002;48:23-31;
21. Lemmens K, Nieboer A, Huijsman R. Designing patient-related interventions in COPD care: Empirical test of a theoretical model. *Patient education and counseling.* 2008;72(2):223-31;
22. Borrell F. *Práctica clínica centrada en el paciente. Práctica clínica centrada en el paciente. 1st ed. ed. Madrid: Triacastela; 2011. p. 187-206.*
23. Prados J, Cebrià J, Bosch J. *Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. FMC.* 2000;7(2):83-8;
24. Lillie SE, Partin MR, Rice K, Fabbrini AE, Greer NL, Patel SS, et al. The effects of Shared Decision Making on cancer screening - a systematic review. *Evidence-based Synthesis Program.* 2014; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078885/>
25. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Perula de Torres L, Olloqui Mundet J, Carrion de la Fuente T, Sobrino Lopez A, et al. Patient opinion and perception of their participation in family medicine consultation decision making. *Atencion primaria / Sociedad Espanola*

La comunicación centrada en el Paciente

Nieves Barragan

- de Medicina de Familia y Comunitaria. 2012;44(1):5-10;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21497416>
26. Arora NK, Street RL, Jr., Epstein RM, Butow PN. Facilitating patient-centered cancer communication: a road map. Patient education and counseling. 2009;77(3):319-21; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948297>
27. Decision aids to help people who are facing health treatment or screening decisions [Internet]. 2014. Available from: http://www.cochrane.org/CD001431/COMMUN_decision-aids-to-help-people-who-are-facing-health-treatment-or-screening-decisions
<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD001431.pub4/asset/CD001431.pdf?v=1&t=ifejbmsy&s=3ab17a91afb33d9038a9a38c0cbfed26b313bfd9>.
28. Ferguson T, al. e. e-pacientes: cómo nos pueden ayudar a mejorar la salud 2007.
29. Traver V, Fernández-Luque L. <El_ePaciente_y_las_redes_sociales_completo.pdf>2011. 321 p.
30. Elwyn G. Arriving at the postmodern medical consultation. Primary Care. 2005;5:12-3;

Cómo citar este artículo:

Barragán, N., “La comunicación centrada en el paciente”, *Folia Humanística*, 2016; 4:1-14 . Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0017>.

© 2016 Todos los derechos reservados a *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE: LA RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES

Pablo Hernando

Resumen: Este trabajo contiene tres elementos a desarrollar: Atención Centrada en el Paciente, Responsabilidad e Instituciones. Los abordaré en orden inverso. En una primera parte me propongo definir las características principales de cada uno de ellos y analizar sus relaciones, vinculadas principalmente entorno a otro concepto: el de calidad de la atención sanitaria. Dentro de ésta última existe una dimensión que es el de la ética de las Organizaciones. Todo ello tiene que ver con la Atención Centrada en el Paciente. La última parte se dedica a proponer acciones que ayudar a concretar en qué consiste este *horizonte* de atención centrada en el paciente.

Palabras clave: atención centrada en el paciente. ética de la organización, calidad de la atención sanitaria, responsabilidad.

Abstract: *PATIENT CENTERED CARE: THE RESPONSIBILITY OF THE INSTITUTIONS*

This work contains three elements to develop: Patient Centered Care, Responsibility and Institutions. I shall consider them in reverse order. In the first part I propose to define the main characteristics of each of them and analyze their relationships, primarily related environment to another concept: the quality of health care. Within the latter there is a dimension which is to to Ethics Organizations. All this has to do with the Patient Centered Care. The last part is devoted to proposals for actions to help realize what this horizon patient-centered care.

Keywords: patient centered care, organizational ethics, health care quality, responsibility.

Artículo recibido: 7 abril 2016; **aceptado:** 22 noviembre 2016.

1. Instituciones, organizaciones¹

Hay que resaltar el hecho de que la organización en la provisión de atención sanitaria es una característica muy relevante en el día de hoy. Esto último se desarrolló en gran medida a partir de los años 70. Mayoritariamente, hoy, la atención sanitaria se presta desde instituciones (“jerarquizadas”), donde los profesionales se “organizan”, como consecuencia² de la complejidad de la práctica sanitaria. Esta realidad “organizativa” puede ser vivida como despersonalización y/o como resultado de una visión economicista de la prestación de salud. No obstante lo cierto es que nos desarrollamos y encontramos nuestro sentido en comunidad, y las organizaciones son un vivo ejemplo. Tanto es así que para Lozano “la acción humana tiene una dimensión específicamente organizativa”³.

Pensar que la atención sanitaria se pueda llevar a cabo alejada de esta realidad organizativa es hoy un anacronismo. Las organizaciones son tan importantes que hablamos de ética de las organizaciones y de las instituciones sanitarias, aún cuando pueda parecer contradictorio aplicar el sujeto o el adjetivo de ética a una organización⁴. De lo anterior sigue que una organización sanitaria pueda ser más moral o inmoral, calificación en donde la orientación hacia una atención centrada en el paciente sea un aspecto indicativo esencial como también lo pueden ser otros.

¹Los términos “*institución*” u “*organización*” los utilizaré indistintamente, como sinónimos, si bien algunos entienden que entre ellos hay diferencias relevantes.

²Adela Cortina señala que en los años 70 del siglo pasado se han dado dos transformaciones sociales en la atención sanitaria: el incremento de las tecnologías (de la complejidad también, por tanto) y el hecho de la dimensión organizativa (que tiene que ver con la distribución de recursos) con sus consecuencias económicas y de nuevos profesionales (el economista, el gerente...). Cortina, A. “La ética de las organizaciones sanitarias”. Gerencia y Políticas de Salud, [S.l.], v. 1, n. 3, dic. 2002. ISSN 1657-7027. Accesible en (verificado en Marzo 2016) <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2858/2071>>.

³Lozano, J.M. *Ética y empresa*; Madrid: Trotta, 1999, pp. 11.

⁴Hernando, P., “La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual grave ¿Por qué y cómo? Los comités y códigos de ética”. En: *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad*. Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, nº 21. Accesible en: (verificado en Marzo de 2016) <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689275/cuaderno21.pdf/c7f2fe9e-bc33-4b89-b6fc-2cd5f1a80c7c>

Victoria Camps en *Una vida de calidad* dedica todo un capítulo a “*La moralidad organizada*”, en el que aborda el tema de las organizaciones como ejemplo de autorregulación social que complementa a las leyes, pues estas no pueden dar respuesta a toda la realidad. Por tanto, dado que las leyes siempre serán insuficientes, nos habla de la necesidad de autorregulación “*institucionalizada*”. La moral, señala, es una tarea colectiva y las instituciones pueden ser un buen ejemplo de ello.

En las organizaciones, las personas desarrollamos una parte de nuestro proyecto de vida. Algunos objetaran que unos más y otros menos, pero lo cierto es que nos pasamos mucho tiempo en ellas. Por lo anterior las organizaciones deberían ayudarnos a concretar ese proyecto de realización que todos tenemos en cuanto personas. Es hora de reivindicar esta dimensión organizativa y comunitaria que parece haberse olvidado. Vale la pena aquí acudir a Tony Judt en su excelente “*Algo va mal*”⁵. En él reivindica, en el ámbito político y social, ese espacio común que parece haberse olvidado con la preeminencia de políticas minimalistas de estado, políticas que también han tenido la lógica influencia en las organizaciones. La influencia del pensamiento neoliberal, en donde se limita lo común y valora lo individual, se refuerza en el caso de la atención sanitaria por una asistencia cada vez más especializada, más atomizada, más “científica”, en donde las creencias tienen poco juego. Y veremos más adelante que las creencias son un aspecto fundamental a tener en cuenta en una atención centrada en el paciente. La ciencia sin la creencia poco vale:

*"La historia de la ciencia es la historia de las buenas preguntas. La historia de las creencias es la historia de las buenas respuestas"*⁶.

⁵Judt, T. *Algo va mal*; Trad. Belén Urrutia, Madrid: Taurus, 2010. Edición electrónica. Capítulo “Confianza, Comunidad y Fines Comunes”.

⁶Wagensberg, J. *Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta*; Barcelona: Tusquets, 2002, pp. 75.

Recuperar la necesidad de una mirada común, compartida, en el ámbito de las instituciones no es un fin en si mismo. Persigue ganar confianza y legitimidad en la sociedad en que nos insertamos. Recurriendo de nuevo a T. Judy:

“Toda empresa colectiva necesita confianza. Desde los juegos infantiles hasta las instituciones sociales más complejas, los seres humanos no podemos trabajar juntos sino dejamos atrás nuestros celos mutuos. Una persona agarra una cuerda, otra salta. Una persona sujeta la escalera, otra sube. ¿Por qué? En parte porque esperamos reciprocidad, pero en parte claramente también por una tendencia natural a trabajar en colaboración en beneficio de todos”.

Uno de los fines de la atención sanitaria (derecho de segunda generación) es hacer más real la igualdad. Impedir que la salud sea motivo de más diferencias, promover una sociedad más igualitaria, cuestión en estos momentos de gran actualidad. Puesto que “...cuanto más igualitaria es una sociedad, más confianza reina en ella ...”⁷, las organizaciones son elemento esencial para ello creando una cultura organizativa en donde se reconozcan unos valores, ideas y creencias compartidas.

Por último, esta provisión “organizada” de la atención sanitaria también va cambiando su orientación, así,

"Bien podría decirse que los acontecimientos más importantes que han sufrido los sistemas de provisión de servicios sanitarios durante el S. XX ha sido la transformación de modelos tradicionales de prestación de servicios orientados por profesionales, en modelos de orientación de servicios centrados en los clientes”⁸.

Al menos eso desearíamos; puesto que la realidad dista de ello, de lo contrario no estaría tan presente el tópico de la atención centrada en el paciente.

⁷Judt, T. *Algo va mal*; Trad. Belén Urrutia, Madrid: Taurus, 2010. Edición electrónica .Capítulo “Confianza, Comunidad y Fines Comunes.

⁸Simón P. (Ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias*; Madrid: Triacastela, 2005, pp. 45.

2. Responsabilidad

El segundo elemento es el de la responsabilidad. Antes hemos hablado de instituciones, reivindicando que sean ejemplo de espacio común. V. Camps va más allá, pues para ella "(...) las llamadas organizaciones son concebidas hoy como los espacios idóneos para recuperar al individuo de ese anomia moral en que se encuentra (...)">⁹. Concluye que las organizaciones son agentes morales, pues tiene responsabilidades igual que las personas, o sea han de justificar, dar cuenta, de sus actos. Como señalaba en otro trabajo¹⁰, podemos decir que todas las organizaciones tienen conciencia, alma, son agentes morales. Y por lo anterior pueden ser diferentes en cuanto a su actuación ética. Algunas son más respetuosas con todos sus agentes (profesionales, pacientes...), otras tienen muy en cuenta criterios de sostenibilidad ambiental (que muchas no se plantean), otras sólo se rigen por los mínimos marcados por la norma sin buscar la excelencia.

Lo expuesto justifica que socialmente les podamos pedir cuentas. Los "portales de transparencia" son un buen ejemplo de cómo se utilizan los recursos comunes hasta en los más nimios detalles. Ahora bien, un agente verdaderamente moral, autónomo, es aquel que se impone sus propios deberes. O sea que ejerce su autonomía moral. Sin embargo, muchas organizaciones dan cuentas únicamente desde la heteronomía, desde la exigencia externa, legal, que es de ética de mínimos.

Responsabilidad y ética son términos íntimamente relacionados. Por ello, profundicemos un poco más en la *Ética de las Organizaciones Sanitarias* (EOS). Antes hay que tener presente que esta "especialidad" (también llamada *ética de la empresa*) se sitúa en las antípodas de la orientación neoliberal, de la que hablaba en

⁹Camps, V. Una vida de calidad; Barcelona: Ares y Mares, 2001, pp. 150.

¹⁰Hernando, P., "La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual grave ¿Por qué y cómo? Los comités y códigos de ética". En *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad*. Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas nº 21. Accesible en: (verificado en Marzo de 2016) <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689275/cuaderno21.pdf/c7f2fe9e-bc33-4b89-b6fc-2cd5f1a80c7c>

el apartado anterior. Y se vincula estrechamente con la calidad. Es necesario destacar esto último, pues la eclosión del término “Atención Centrada en el Paciente” tiene que ver con el reconocimiento de que esta dimensión forma parte nuclear de la calidad de la atención sanitaria. Tan importante como el resto de dimensiones. Cabe recordar que la JCHAO¹¹ recogió en su manual de 1995, en el apartado de los derechos de los pacientes, unos criterios con el título “Ética de la Organización”. El capítulo se titulaba “Derechos de los pacientes y Ética de las organizaciones”. Es verdad que este antecedente presentaba limitaciones, propio del entorno norteamericano donde se desarrolló, que con el tiempo se van superando y exportando a otros modelos de calidad y sociedades. En el trabajo *Ética de las Organizaciones Sanitarias*¹² analizábamos, desde la perspectiva ética, los modelos principales internacionales de evaluación o acreditación de la calidad; en concreto el Modelo Europeo EFQM, las Normas ISO-UNE, los estándares de la JCHO/JCIA, el Modelo del Canadian Council y el Modelo de Acreditación del Health Quality Service (King’s Fund). En cada uno abordamos su fundamentación ética y contenidos. Tras ello nos cuestionábamos “cuales deberían ser los principios básicos que traten de dar contenido a la idea formal de dignidad humana en el campo de la gestión sanitaria y de la calidad”¹³. En resumen, proponíamos tres principios básicos: el primero, el respeto a la autonomía moral de las personas. El segundo, el acceso equitativo a la atención sanitaria y, por último, la participación activa de todas las partes implicadas (pacientes, profesionales,...). Quisiera destacar esto último pues, en el caso de la atención centrada en el paciente, el punto clave es fomentar la participación efectiva de los pacientes en las decisiones relativas a su salud.

Tratar la responsabilidad tiene que ver con el dar cuenta, el justificar nuestros actos. Y en el caso de las organizaciones sanitarias dar cuenta de la atención sanitaria que se ofrece. Del cumplimiento de sus bienes internos: prevenir la

¹¹Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de Acreditación para Hospitales 1996: SG Editores-Fundación Avedis Donabedian, Barcelona,1995.

¹²Simón P. (Ed) *Ética de las Organizaciones Sanitarias. Nuevos Modelos de Calidad*; Madrid: Triacastela, 2005.

¹³Simón P. (Ed) *Ética de las Organizaciones Sanitarias. Nuevos Modelos de Calidad*; Madrid: Triacastela, 2005.

enfermedad, el alivio del dolor y el sufrimiento, la asistencia y curación, la evitación de una muerte prematura y velar por una muerte en paz¹⁴. En resumen de su calidad y, dentro ella, con el cumplimiento de una de sus dimensiones: la atención centrada en el paciente.

La responsabilidad exige autonomía y la inversa. El peldaño superior en la evolución moral en el modelo del Kohlberg es el nivel postconvencional, en donde "...el individuo puede o no aceptar el orden social establecido. Ello depende de que la normativa social no viole principios morales que están por encima de ella..."¹⁵ Una aplicación directa de lo anterior a las organizaciones parece difícil, sino imposible, por su obligado respeto al mínimo legal del cual emanan. Sin embargo, si que nos orienta a que las organizaciones vayan más allá de ese mínimo, en ejercicio de su autonomía y no se dejen "expropiar" por su entorno.

*"Una organización que deja sus decisiones en manos del entorno se ha dejado expropiar"*¹⁶.

Para evitar lo anterior las organizaciones han de ser miembros activos que progresen en los mínimos de calidad porque como consecuencia de su responsabilidad quieren ser excelentes, no sólo cumplir la legalidad. Y la atención centrada en el paciente es una evolución en este sentido.

3. Atención Centrada en el Paciente

En este apartado en primer lugar voy a tratar de delimitar en qué consiste este "constructo" de la *Atención Centrada en el Paciente*. Seguiré, en gran medida, lo ya señalado en otro trabajo¹⁷.

¹⁴Hasting's Center. *Los fines de la medicina*. Accesible en (verificado Abril 2016) <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/11-los-fines-de-la-medicina-the-goals-of-medicine->

¹⁵ Delval J., Enesco I. *Hacer reforma. Moral, Desarrollo y Educación*. Madrid : Anaya, 1994, pp. 129.

¹⁶ Cortina A. *Hasta un pueblo de demonios. Ética pública y sociedad*; Madrid: Taurus, 1998, pp. 129.

¹⁷ Hernando, P., "L'atenció centrada en el pacient : moda o actualitat". Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya. Febrer de 2015. Accesible en (Verificado Marzo 2016) <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2015/02/05-latenció-centrada-en-el-pacient.pdf>

La reactualización de este tópico tiene mucho que ver con el informe del Instituto de Medicina de los EEUU (IOM) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*¹⁸. Pero no es un concepto nuevo. De hecho los términos “atención”, “comunicación” o “terapia centrada en la persona” son ya conocidos. La importancia decisiva de la “experiencia” de enfermedad fue ya reconocida desde la psicoterapia por autores como Balint¹⁹ o Rogers²⁰. También desde una perspectiva más amplia, por otros como Tournier o Lain Entralgo. Todo ello culmina más tarde en la síntesis presentada por Engels²¹, en 1977, en su modelo biopsicosocial. Continúa en autores como Kleiman, Epstein, Pendelton o McWhinney con su aplicación a la medicina familiar. De todo ello hace un buen resumen Sobrino²², remontándose a la Grecia clásica. Y en nuestro entorno más cercano tenemos un buen referente, Francesc Borrell, que en su magnífico “Práctica Clínica Centrada²³ en el Paciente” revisa toda esta tradición y su práctica asociada. Una característica común de estos últimos autores, independientemente de compartir las premisas de ese modelo biopsicosocial, es que su aplicación práctica se centra en gran medida en la comunicación, en la “comunicación centrada en la persona” en este caso. La entrevista clínica aquí es fundamental. Toda esta línea de tradición es clínica, tradición de la que no pretendo hacer mayores aportaciones, primero por desconocimiento personal de la práctica en sí, pero sobre todo porque la citada obra de Borrell ofrece información suficiente.

Como hemos podido ver, la *Atención Centrada en el Paciente* no se trata de un término nuevo. Los que llevamos cierto tiempo trabajando en el sistema sanitario,

¹⁸Institute of Medicine (IOM). 2001. Crossing the Quality Chasm. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, National Academy Washington, D.C, 2001. Accesible en (Verificado Abril 2016) <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>.

¹⁹Balint M. *The Doctor, the Patient and the illness*, International Universities Press. Churchill Livingston, 1957.

²⁰Rogers, C., *Psicoterapia centrada en el cliente*; Madrid: Paidós Ibérica, 1981.

²¹Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science. 1977;196(4286):129:36.

²²Sobrino, A. (2003), “Evolución de la relación médico–paciente en los últimos 100 años”, Revista Clínica Electrónica Atención Primaria. Accesible en (verificado Marzo 2016) disponible en <http://www.fjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=4&art=01>

²³Borrell, F., *Práctica clínica centrada en el paciente*; Madrid: Triacastela, 2011.

hemos oído en innumerables ocasiones la necesidad de que “*el paciente sea el eje del sistema*” , “*las organizaciones estén orientadas a los pacientes*” o términos similares. Entonces, si toda esta tradición ya existía, ¿qué supone el informe del IOM?. Este vincula la importancia de la dimensión organizativa, que he tratado en el primer apartado, con el modelo biopsicosocial, de dimensión y tradición clínica. Y ambas se constituyen como contenido reconocido de calidad en la atención sanitaria: la dimensión relacional, individual, comunicativa y clínica, por un lado, y, por otro, la dimensión institucional, organizativa.

En este resultado tiene también gran influencia la bioética. Así los términos, ética, calidad, organización y autonomía se relacionan y toman sentido en su conjunto. En esta última influencia los escritos de Emanuel EJ, Emanuel, LL.²⁴ son un buen ejemplo. Ronald Epstein, en una reciente visita a Barcelona²⁵, ilustra en su exposición la evolución sobre lo “que importa en la atención médica” haciendo referencia a un artículo de Guyatt et al²⁶ y que reproduzco a continuación:

Lo que importa en la atención médica :

Años 70: Corrección de la fisiología anormal

Años 80: *Outcomes* “objetivos” y clínicamente relevantes.

Años 90: Importancia del paciente y los *outcomes* objetivos.

Años 2000: Importancia de las emociones.

A partir de 2010: cuidado individualizado: “lo que a *mi* me va bien, no sólo lo que a una *población* le va bien”.

Volvamos al informe del IOM. En él se identifican seis objetivos para la mejora de la atención sanitaria. Uno de ellos es precisamente la atención centrada en el paciente, la cual definen como proporcionar atención respetuosa y sensible a las

²⁴Emanuel, E.J., Emanuel, LL., “Cuatro modelos de la relación médico paciente” en Couceiro A. (de). *Bioética para Clínicos*; Madrid: Triacastela, 1999.

²⁵ Conferencia de Ronald Epstein en Junio de 2014 en Barcelona “¿Por qué impulsar una atención centrada en la persona?”.

²⁶Guyatt G, Montori V, Devereaux PJ, Schunemann H, Bhandari M. Patients at the center: in our practice, and in our use of language. *ACP J Club*. 2004;140(1):A11-A12

preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores, con el objetivo de asegurar que los valores de los pacientes guíen todas las decisiones clínicas. Si se reivindica este punto de vista es porque existe la percepción de estar alejado de su cumplimiento. Es ilustrativo lo que señala Timothy Quill:

“Nadie discutiría que las preferencias y los valores de los pacientes deben ser los exclusivos conductores de las decisiones clínicas, todavía amplias lagunas persisten en la práctica de las decisiones compartidas, y obtener el consentimiento informado en la práctica rutinaria está lejos del ideal (...)”²⁷.

La convicción anterior implica el reconocimiento de la vivencia de la enfermedad como una realidad ambigua y subjetiva en donde la implicación del paciente es fundamental. Y la enfermedad es un suceso *vital* que, más pronto o más tarde, todos experimentaremos. Asumir este punto de vista es consecuencia de la irrupción del modelo de Engel como alternativa al biomédico.

Tymothy Garton Ash reflexionaba, el pasado febrero²⁸, sobre la “ciencia económica” en referencia a la gran crisis que comenzó hace 10 años. Alude a la percepción de ciencia “cuasi positiva” de la economía cuando en realidad no es así; es un “oficio multidimensional basado en hechos y en todo lo que influye en el comportamiento humano...”. En la falta de previsión de la crisis económica señala dos errores: la asunción de la hipótesis del mercado eficiente y la hipótesis de las expectativas racionales. Así dice

“(...) los economistas se acostumbraron a pensar que los actores se comportan no sólo de forma racional, sino con los mismos modelos mentales de los economistas...”. Y la economía, sigue “como otras áreas de las ciencias sociales, aspiraba a tener el prestigio, la certidumbre y la previsibilidad de la física...”²⁹.

²⁷ Quill TE, Holloway RF. Evidence, Preference, Recommendations. Finding the right balance in Patient Care. NEnglJMed 366:18. 1653-55.

²⁸Garton Ash T. Como los médicos pero menos. Accesible en (verificado marzo 2016) http://elpais.com/elpais/2016/02/09/opinion/1455018996_318219.html

²⁹ Op. Cit. 29.

Cita más tarde a J. S. Mill :”...nadie puede ser economista sin ser nada más...”³⁰. Pero por qué está larga digresión que parece alejada del objetivo de este trabajo. Pues porque esta fe ciega en el positivismo de la economía tiene su paralelismo con un reduccionismo en la medicina que sólo tiende a considerar los hechos. Pero los valores, las creencias, en las que incide la *Atención Centrada en el Paciente* también son importantes, pues en éstas tampoco funciona la hipótesis de las expectativas racionales. Juega todo lo que influye en el comportamiento humano y por eso hay que tenerlo en cuenta. Nadie puede ser médico/a, enfermero/a...y nada más.

Si el informe del IOM es un primer hito a destacar, no lo es menos el documento de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO)³¹ que en el 2004 se pregunta *What is Patient-Centred Healthcare? A review of Definitions and Principles*. En sus conclusiones se hace evidente lo ambiguo del término, la dificultad de su práctica, y como consecuencia la necesidad de concretar en qué consiste este tipo de atención mediante la propia práctica. Estas dificultades de concreción empiezan a superarse con el trabajo de Gerteis et al³² auspiciada por el Instituto Picker, un referente en esta cuestión primero en Estados Unidos y después a Europa, especialmente en el Reino Unido. Ejemplo de esto último es el documento del National Health Service, *Is the NHS becoming more patient-centred?*³³, en donde se analizan los resultados de estudios de opinión de los pacientes destacando la falta de habilidades de comunicación de los profesionales, la falta de participación de los pacientes o la insuficiente información facilitada. Al final, a pesar de la opinión genéricamente positiva hacia la atención sanitaria de los pacientes, se declaran lejos de una atención centrada en el paciente, especialmente sobre su participación.

³⁰ Op. Cit. 29.

³¹ Accesible en (Verificado en Abril de 2016) <http://www.patientsorganizations.org/pchreview>

³² Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care.* (1993), Jossey-Bass, San Francisco, 1993.

³³ Accesible en (Verificado en Marzo de 2016) http://www.yearofcare.co.uk/sites/default/files/pdfs/99_Trends_2007_final%5B1%5D.pdf

Todas estas publicaciones son fiel reflejo del boom del tópico “Patients Centered Care” que en la búsqueda en PubMed ofrecía el año pasado 13.380 resultados, correspondiendo un 80% a los últimos cinco años. ¿Un nuevo paradigma? Así se lo pregunta Reuben et al³⁴ para quien representa una alternativa al modelo clásico centrado en la enfermedad, los profesionales o las organizaciones. Los paradigmas son válidos en la medida que solucionan problemas de acuerdo a preguntas pertinentes. Se sustituyen cuando no resuelven los problemas adecuadamente. Y parece llegado el momento de tomar conciencia de que el modelo clásico con el enfermo pasivo, obediente, donde las creencias y valores tienen poca cabida y mucha los datos y la dimensión biológica. En la práctica clínica también hay juicios de valor³⁵, de los profesionales y de los pacientes. Lo anterior no pretende sustituir un modelo por otro, sino como en muchas otras cosas buscar el justo medio, que los modelos sean complementarios.

En esta evolución hay un punto final que entronca el anunciado vínculo entre la Atención Centrada en el Paciente y la calidad. Es especialmente relevante el documento del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *Patient experience in adult NHS service: improving the experience of care for people using adult NHS services (2012)*³⁶, por varias razones: el prestigio del NICE y su vinculación con la medicina basada en la evidencia, porque reivindica esta política para todo el sistema, y por su utilidad y concreción como muchos de otros documentos de esta institución. Sobre esta cuestión, también la revisión Cochrane ha realizado dos revisiones. La última en 2012³⁷, aunque sus conclusiones son más limitadas en función de su objeto de análisis (ensayos aleatorios). Con sus limitaciones, ambas organizaciones reconocen la *Atención Centrada en el Paciente*

³⁴Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. N Engl J Med. 2012;366(9):777-9.

³⁵Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. *Introducción a la filosofía de la medicina*; Madrid: Triacastela, 2002.

³⁶Accesible en (Verificado Marzo 2016) <http://www.nice.org.uk/guidance/CG138>

³⁷Cochrane. Intervenciones para la promoción de un enfoque centrado en el paciente por parte de los profesionales en las consultas clínicas (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD0033267. DOI: 10.1002/14651858.CD0033267.

como tópico de calidad. Y el NICE va más allá, con estrategias de implementación e indicadores.

¿Y en nuestro entorno más cercano? Pues también se habla de orientación al paciente o expresiones similares. Se han publicado trabajos donde se recopilan algunos indicadores³⁸. Coinciden en que lo más mejorable es la participación de los pacientes. Otros ejemplos de concreción de esta perspectiva es la del “paciente experto”³⁹ como estrategia para mejorar la participación. También han existido declaraciones y/o organizaciones que han promovido esta orientación⁴⁰. Asimismo esta perspectiva ha tenido reflejo en normativas y estrategias del Sistema Nacional de Salud y de cada comunidad autónoma en particular⁴¹ y, por último, también se ha incorporado en algunos estándares de los sistemas de acreditación de la calidad⁴². Es decir se han realizado diferentes acciones en esta dirección.

Pese a todo lo anterior, existe una percepción de cierta ambigüedad a la hora de mayor concreción y, como consecuencia, variabilidad de qué compromisos significa esta orientación. Así parece que toda acción, institución o estrategia, se puedan etiquetar como orientados hacia una "Atención Centrada en el Paciente" sin saber realmente en qué se concreta. Puede pasar algo parecido a lo que sucede con la mayoría de fabricantes de automóviles: las distintas marcas acuñen logos y lemas

³⁸ Vallejo P, Suñol R, Escaramis G, Torrontegui M, Lombarts K, Bañeres J., “Seguridad clínica y orientación al paciente: estudio descriptivo en 113 hospitales españoles y similitudes en otros países europeos”. Rev. Calid. Asist. 2009;24(4):139-4.

³⁹ Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. *Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida*. Informe SESPAS 2012. Gac. Sanit. 2012;26(S):158-61.

⁴⁰ Por ejemplo la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, el Forum Español de Pacientes, La universidad de pacientes o la Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud. Sin olvidarnos de una figura clave : Albert Jovell.

⁴¹ Por ejemplo en el Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud 2010, el Pla de Salut de Catalunya, el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014 o las Políticas de Salud para Euskadi.

⁴² Por ejemplo en el caso de Cataluña, en donde se incluyen estándares como “...comprender las necesidades y expectativas de los pacientes” o muchos otros de los apartados de Ética y Derechos de los pacientes. .” Accesible en (verificado en Marzo 2016) http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Serveis%20i%20tramits/Acreditacio%20de%20centres%20sanitaris/Concepte_historia_i_procediment/DESTACAT_Documentacio/Documents/Arxiu/manual_acreditacio2.pdf.

en sus vehículos que nos trasladan su preocupación ecológica⁴³, pero luego no sabemos realmente si lo anterior es cierto o únicamente marketing. Lo cual se suma a los abusos que recientemente hemos conocido de algunas de ellas.

En la Guía de la Mejora para una Atención Centrada en el Paciente, realizada desde las organizaciones Picker y Planetree⁴⁴, se destaca este aspecto de ambigüedad y así dice:

"...ambigüedad, en última instancia, deja a muchos con expectativas vagas o confusas de lo que constituye una atención centrada en el paciente. ¿Es sorprendente, entonces, que muchos líderes afirmen que se sienten desconcertados sobre la manera de hacerla más centrada en los pacientes? O que otros, convencidos de que su modelo se centra efectivamente en el paciente, se sorprenda de encontrar datos que reflejen la insatisfacción del paciente y/o los profesionales".

A la hora de buscar esta concreción tres fuentes son las principales: los documentos de la IAPO⁴⁵, la guía señalada del Instituto Picker y Planetree, así como el documento del NICE. Estas tres propuestas asumen una convicción, avalada también por sus resultados. Consiste en asumir que la Atención Centrada en el Paciente que es una dimensión de la calidad, como las otras señaladas por el IOM. Si es una dimensión cabe definir su estrategia, líneas de acción y consiguientes indicadores. Así se vehicula la responsabilidad de las organizaciones sanitarias en relación con la *Atención Centrada en el Paciente*. Ejercer esa responsabilidad significa concretar lo anterior y dar cuenta de ello. El documento del NICE es un referente para ver como se ha articulado esta responsabilidad en una institución. Se

⁴³ Por ejemplo "Blue Tech" de Daimler que es nombre de marketing de los sistemas de reducción de emisiones en los vehículos diesel de esta marca. O la estrategia "Think Blue" de Volkswagen.

⁴⁴ Accesible (verificado en Marzo de 2016) <http://planetree.org/wp-content/uploads/2015/03/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10.10.08.pdf>

⁴⁵ Accesible en (verificado en Marzo de 2016) <http://www.patientsorganizations.org>.

asienta en su “código ético” (The NHS Constitution ⁴⁶) en donde en uno de sus principios señala: “*The patient will be at the heart of everything the NHS does*”. Luego el documento (“Patient experience in adult NHS services”⁴⁷) establece una serie de declaraciones de calidad (“quality statements”) consecuencia de las estrategias a seguir, cada una de las cuales tiene una concreción posterior.

4. ¿Por dónde empezar?

Tras todo lo dicho, ¿por dónde empezar? ¿cómo hacer real que una organización este orientada al paciente? ¿Cómo distinguir entre organizaciones que están, o no, orientadas hacia el paciente? Propongo proceder de acuerdo a los siguientes pasos:

- **Reconocer la Atención Centrada en el Paciente como una estrategia/prioridad fundamental de calidad en los servicios de salud.**

Existiría la necesidad de una premisa previa: el reconocimiento que, dentro de la calidad de la atención sanitaria, la dimensión de la atención centrada en el paciente es tan importante como la de la seguridad, a título de ejemplo. Así se puede ver en los diferentes referencias señaladas. Como lo hace la Agency for Healthcare Research and Quality en Estados Unidos⁴⁸ enunciando su estrategia de calidad en donde sus prioridades aparecen en la Tabla 1. Como se puede apreciar dos de las prioridades están en el núcleo de lo que es la atención centrada en el paciente.

⁴⁶ Accesible en (verificado en marzo 2016) https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/480482/NHS_Constitution_WEB.pdf

⁴⁷ Accesible en (verificado en marzo 2016) <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG138>

⁴⁸ Accesible en (Verificado en Marzo de 2016) <http://www.ahrq.gov/workingforquality/nqs/overview.htm>

Tabla 1 : Prioridades de la Estrategia Nacional de Calidad (Agency for Healthcare Research and Quality en Estados Unidos)

Priority 1: Making care safer by reducing harm caused in the delivery of care

Priority 2: Ensuring that each person and family members are engaged as partners in their care

Priority 3: Promoting effective communication and coordination of care

Priority 4: Promoting the most effective prevention and treatment practices for the leading causes of mortality, starting with cardiovascular disease

Priority 5: Working with communities to promote wide use of best practices to enable healthy living

Priority 6: Making quality care more affordable for individuals, families, employers, and governments by developing and spreading new health care delivery models.

Bien es cierto que en nuestro entorno más próximo también existe esta sensibilidad. A título de ejemplo véase el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020⁴⁹ donde existen estrategias y objetivos relacionados con la *Atención Centrada en el Paciente*, pero no aparecen tan claramente priorizados como en el caso de la AHRQ. Similar a la posición de la AHRQ es la del National Health Service inglés en donde su plan de “negocio” (Business plan) actual se denomina “Antes que nada, el paciente” (*Putting Patients First*), en donde el compromiso con la transparencia y el incremento de la voz de los pacientes se reconoce como aspecto fundamental para mejorar la atención del paciente.

- **Concretar qué entendemos por atención centrada en el paciente**

Dada la ambigüedad, a la que aludíamos en apartados anteriores, es fundamental establecer lo que ello significa. El documento del NICE es especialmente orientativo en este sentido por su pragmatismo. Reconoce tres dimensiones de la calidad: eficacia clínica, seguridad y experiencia del paciente, dimensión esta última a la que se dirige la guía *Patient experience in*

⁴⁹ Accesible en (Verificado en Marzo de 2016)
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/les-linies-estrategiques/

adult NHS service. La concreción de su compromiso, que luego deriva en estándares de calidad, están reflejadas en la Tabla 2.

Tabla 2. Líneas básicas para mejorar la experiencia de las personas cuando utilizan los servicios del National Health Service

Knowing the patient as an individual
Essential requirements of care
Tailoring healthcare services for each patient
Continuity of care and relationships
Enabling patients to actively participate in their care

A su vez, cada una de estas líneas básicas (*Guidance*) tiene una especificación posterior como se puede apreciar en la Tabla 3.

Tabla 3. Capacitar a los pacientes para participar en su cuidado

1. Ensure that the environment is conducive to discussion and that the patient's privacy is respected, particularly when discussing sensitive, personal issues.
2. Maximise patient participation in communication by, for example: maintaining eye contact with the patient (if culturally appropriate) positioning yourself at the same level as the patient ensuring that the patient is appropriately covered (if applicable).
3. Ask the patient how they wish to be addressed and ensure that their choice is respected and used.
4. Establish the most effective way of communicating with each patient and explore ways to improve communication. Examples include using pictures, symbols, large print, Braille, different languages, sign language or communications aids, or involving an interpreter, a patient advocate or family members.
5. Ensure that the accent, use of idiom and dialect of both the patient and the healthcare professionals are taken into account when considering communication needs.

- **Establecer cual es el plan de acción para llevar a cabo el compromiso y los contenidos propuestos.**

Como cualquier otro tipo de acción de calidad, exige una planificación de las acciones a realizar en donde se integren los diferentes niveles de la organización y se concreten y adscriban las estrategias e indicadores a desarrollar. Variarán de institución a institución y en cada una de ellas tendrán que evolucionar en el tiempo. Para ello parece prudente seguir los siguientes pasos:

- a) Comunicación a la organización del compromiso con esta línea de calidad. Incluiría su especificación en el plan de calidad de la organización.
- b) Autoevaluación de cómo está la organización respecto a esta estrategia⁵⁰. ¿Cómo se ve la organización respecto a los diferentes contenidos de esta estrategia de calidad? También cabría aquí proveerse de datos de cómo ven a la organización sus *stakeholders* respecto a esta dimensión. Habría que desarrollar acciones que permitan conocer como nos ven nuestros pacientes, proveedores, agentes sociales, etc. Las herramientas son variadas, desde encuestas especialmente diseñadas para este fin a grupos focales, “pacientes clave”, “pacientes ocultos”, etc.

Un ejemplo cercano es el que realizamos en el Hospital de Sabadell en el área materno-infantil donde los profesionales identificaron las siguientes prioridades (Tabla 4) después de un proceso de ponderación en función de su impacto y factibilidad.

- c) Con los datos anteriores hay que determinar que acciones se van a desarrollar, quienes se van a responsabilizar y que indicadores utilizaremos para su evaluación. Un ejemplo puede ser ilustrativo. Como hemos visto el núcleo de la atención centrada en el paciente es promover la participación del paciente. Para lo anterior es obvio que las estrategias de comunicación son

⁵⁰ EL documento del NICE ofrece un cuestionario en este sentido. También existe una propuesta de Planetree.

fundamentales como reconocía en la Tabla 3 en el caso del NHS (“*Ensure that the accent, use of idiom and dialect of both the patient and the healthcare professionals are taken into account when considering communication needs*”). Pues bien, un elemento de comunicación obvia (hay muchos otros) es la información escrita que se facilita a los pacientes y dentro de ella los informes de alta hospitalaria. ¿En qué medida estos documentos son legibles? Tiene que ver con el tópico “Health literacy”: la habilidad para obtener, leer, comprender y utilizar información sanitaria para tomar decisiones de salud informadas y poder seguir las instrucciones de un tratamiento. La Health literacy es una dimensión clave para el horizonte de salud de 2020⁵¹ para WHO Europe y muchas de las acciones para promover la atención centrada en el paciente tendrán que ver con ella.

Otro ejemplo radicalmente diferente, en el núcleo también de la participación del paciente, es la promoción de la planificación anticipada de decisiones y, dentro de ella, de los documentos de planificación anticipada (DVA). Una estrategia en este sentido tendría que promover líneas de promoción de estos documentos⁵². La concreción del punto anterior precisa especificar, asimismo, de qué ámbitos, o lugares de la organización, van a ser objeto prioritario de nuestras acciones. No tiene mucho sentido promover una acción genérica de promoción de DVA, si antes no animamos su realización y utilización en algunos ámbitos donde parecen especialmente necesarios: enfermos crónicos, con expectativa limitada de vida...De igual modo las acciones cuanto más concisas en objeto, tiempo y espacio serán más efectivas. Ejemplo: Mejora de la legibilidad de los informes de alta en pacientes con EPOC.

⁵¹ “Health literacy is a key dimension of Health 2020, the European health policy framework adopted by Member States in 2012. Health literacy is both a means and an outcome of actions aimed at promoting the empowerment and participation of people in their communities and of people in their health care”. Accesible en (Verificado en Marzo de 2016) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

⁵² Simón, P., Barrio I.M., *¿Quién decidirá por mí?* Triacastela, Madrid, 2004.

Planetree⁵³ en “Putting Patient First”, ofrece numerosos ejemplos a la hora de abordar los elementos esenciales de la atención centrada en el paciente en los siguientes ámbitos: “Human interactions and relationship-centered caring”; “Access to information : Informing and empowering diverse populations”; “Healing partnerships: The importance of involving patients, families and volunteers”; “Nutrition : The nurturing and healing aspect of food”; “Spiritual and cultural diversity : inner resources for healing”; “Integrating complementary and alternative practices into conventional care”; “Effects of viewing art on health outcomes”; “Healing environments: expanding the boundaries of health care”. A título de anécdota: refieren una acción en un centro sanitario sobre la información que consiste en que los pacientes pueden acceder libremente a su historia clínica. Aquí todavía tenemos legislaciones restrictivas, como la de las anotaciones subjetivas, que limitan el acceso a los pacientes pero que, sobre todo, potencian prejuicios entre los profesionales sobre el acceso a la información de los pacientes.

Epstein, en la referenciada conferencia en Barcelona, señalaba en una de sus diapositivas “Que pueden hacer los sistemas de salud y las organizaciones sanitarias” en donde aportaba lo siguiente:

- Entrenar a los profesionales en comunicación eficaz, aumento de la motivación, *mildfulness*, empatía y autoconocimiento.
- Dar a los profesionales el tiempo suficiente.
- Reconocer y prevenir el *burnout* y aumentar la resiliencia de los profesionales.
- Demostrar una actitud de respeto hacia los profesionales, como si fueran sus clientes.
- Fomentar capacidades para trabajar en equipo.
- Reconocer a aquellos profesionales que están “centrados en el paciente”

⁵³ Frampton, S.B., Charmel, P., (Ed) Putting patient first. Best practices in *Patient-Centered Care*. Jossey-Bass, San Francisco, 2009.

d) Dar cuenta de lo conseguido y de lo que falta de conseguir, de acuerdo con los indicadores previstos y así proponerse nuevos objetivos.

Tabla 4. Prioridades establecidas por los profesionales en Atención Centrada en el Paciente en el Hospital de Sabadell.

1. En cuanto a posicionamiento institucional:
 - Comunicación formal del compromiso de atención centrada en el paciente a ciudadanos y profesionales.
 - Identificación de aquellos grupos de pacientes prioritarios en este tipo de atención.
2. En cuanto al posicionamiento directivo
 - Comunicación de los líderes/directivos a los profesionales de esta orientación en la atención.
 - Influencia de la información que se recibe de los pacientes (encuestas, quejas, grupos focales, etc.) tenga influencia en las decisiones de la dirección.
 - Que los líderes de la institución sean “modelos ejemplares” de este tipo de atención”.
 - Que los líderes de la institución se interesen por aspectos cotidianos de la atención de los pacientes.
3. En cuanto a la atención profesional.
 - Que los facultativos sean “modelos ejemplares” de atención centrada en el paciente.
4. Sobre la participación de los pacientes.
 - Necesidad de explorar y favorecer la expresión de las creencias, preferencias...que puedan tener influencia en la atención de los pacientes.
 - Se valoran las necesidades de higiene de los pacientes teniendo en cuenta sus preferencias.
 - Disposición para que los pacientes puedan participar en reuniones con el equipo asistencial cuando se trata de planificar su atención
 - La organización dispone de algún órgano participativo para pacientes y familiares.
 - Se ofrece y facilita la posibilidad de solicitar una segunda opinión (especialmente ante enfermedades graves).
 - Se promueve a los pacientes la posibilidad de adecuar la higiene personal a sus preferencias (horario, forma...).
 - Se acuerda con el paciente i/o representantes quién puede acceder a la información sobre su estado y atención.
 - Se promueve la posibilidad de los pacientes puedan adecuar las comidas a sus preferencias.
 - La documentación asistencial que se entrega a los pacientes es comprensible.
5. Otros temas:

- Existe disposición a considerar opciones de medicina alternativa.
- La ropa (batas, pijamas..) preserva su intimidad y favorecen un ambiente más cálido (ejemplo pijamas de colores en los niños....).
- Los profesionales tienen formación en creencias, espiritualidad y diversidad cultural.

Conclusión

La atención centrada en el paciente es reconocer un cambio de paradigma o, mejor dicho, la complementariedad de que además de los datos objetivos, las creencias no siempre racionales de las personas juegan un papel fundamental a la hora de tratar y vivir la enfermedad. Lo anterior no significa que no aspiremos a que sean razonables.

Allá por el año 1984 el INSALUD iniciaba su Plan de Humanización⁵⁴ en donde los derechos y deberes de los pacientes eran guía conductora después de la aprobación de la Ley General de Sanidad. Treinta y dos años han pasado desde entonces y muchas acciones se han realizado para humanizar la atención. La atención centrada en el paciente es un paso más en ese deseo de humanizar la atención sanitaria para "...ayudarles (a los pacientes) a realizar sus propios objetivos como seres humanos, a vivir humanamente" (Gracia D. Como arqueros al blanco⁵⁵). Pero con una diferencia, este tipo de atención ya no es un aspecto *soft*, sino *hard*, nuclear. Para algunos es un giro copernicano fruto del reconocimiento de los límites de la ciencia y como consecuencia más lejana de la crisis de la razón. Para Berwick⁵⁶ estamos ante una tercera era de la atención sanitaria donde uno de sus elementos definitorios (el octavo) es "Escuchar a las personas que atendemos", pasar del *What is the matter with you?* a *What matter to you?*⁵⁷ (algo así como ¿Qué es lo que le pasa? a ¿Qué es lo que preocupa?) algo que Balint y Rogers ya destacaban.

⁵⁴ Como señalaba El País en esta noticia. Accesible (verificado Marzo 2016) http://elpais.com/diario/1984/09/13/sociedad/463874408_850215.html

⁵⁵ Gracia, D. *Como arqueros al blanco*. Triacastela: Madrid, 2004.

⁵⁶ Berwick DM. Era 3 for Medicine and Health Care. *JAMA*. Published online March 03, 2016. doi:10.1001/jama.2016.1509.

⁵⁷ Op. Cit. 59.

En este reconocimiento la dimensión organizativa tiene un papel esencial. Las instituciones tienen la responsabilidad de desarrollar este tipo de atención más allá, pues es imprescindible, de los propios profesionales. No se trata sólo que cada uno en su práctica integre este tipo de atención como decisión de carácter personal y profesional, sino que también las organizaciones han de estimular y desarrollar este compromiso ante la sociedad. Es su responsabilidad. Aquí están los tres elementos del vértice: organización, responsabilidad y atención centrada en el paciente.

Su reconocimiento también tiene riesgos. Uno, que sea meramente una moda. Que no pase a ser más que una estrategia de marketing sin que responda a convicciones verdaderas sobre este tipo de compromiso. ¿Medicina satisfactiva? En vez de humanizar también podría deshumanizar, como señala D. Gracia: “Pienso a veces que las estrategias de humanización deshumanizan...”⁵⁸. Ha de ser una actitud y un método. Las organizaciones se han de imprimir de este carácter.

Tampoco debería aspirar a ser un “mantra” que fagocite toda la calidad, como ha pasado con la cuestión de la seguridad de los pacientes. Es una dimensión de calidad, como otras, y en la medida que se tenga en cuenta mejorará la atención sanitaria.

Por último, como la atención sanitaria la prestamos personas, una atención de este tipo va a ser muy profesional/dependiente. Por lo anterior el proceso de humanización ha de empezar por uno mismo. La formación en conocimientos, habilidades y actitudes será por lo tanto fundamental. ¿En qué medida los planes formativos de los profesionales contemplan lo anterior suficientemente? En habilidades comunicativas, a título de ejemplo.

Pablo Hernando

Director dels Serveis d'Atenció al Client de la Corporació Sanitària del Parc Taulí.
Psicòlego. Miembro del Comité de Ética Asistencial del Parc Taulí (Sabadell).
Miembro del Comité de Bioètica de Catalunya.

PHernando@tauli.cat

⁵⁸ Op. Cit., 58.

Cómo citar este artículo:

Hernando, P., "Atención centrada en el paciente: la responsabilidad de las instituciones", *Folia Humanística*, 2016; 4:15- 38. Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0018>.

© 2016 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y EL SABER DE LA ÉTICA. EL PARADIGMA DE LA MEDICINA CLÍNICA *

Màrius Morlans Molina

Resumen: Unos dudan que la evolución moral de los seres humanos sea vivir para estar a la altura de los deseos que suponen la aplicación de los avances científicos. No siendo yo de esta opinión, me parece sin embargo que, hoy más que cualquier otro momento, la frontera entre lo que hacemos (la aplicación del conocimiento científico-tecnológico) y lo que debemos hacer (lo que dicta nuestra conciencia) es más impreciso, está lleno de dudas y preguntas difíciles a responder. ¿Dónde está el límite de la modificación genética? ¿Lo aceptaremos por motivos terapéuticos? Y si es así ¿por qué no lo utilizamos para mejorar nuestras capacidades físicas e intelectuales? El análisis y las respuestas a estas preguntas, y a otras, nos conduce a la posibilidad de un diálogo entre ciencia y ética, entre tecnología y humanidades.

Palabras clave: ciencia, ética, diálogo interdisciplinar, medicina clínica, bioética.

Abstract: *SCIENTIFIC KNOWLEDGE AND KNOWLEDGE OF ETHICS. THE PARADIGM OF CLINICAL MEDICINE. RESPONSIBILITY OF THE INSTITUTIONS*

Some people that the moral evolution of human beings is to live up to the challenges posed by the application of scientific advances. I am not of this opinion but it seems clear that today, more than ever, the boundary between what we can do, (the application of scientific knowledge), and what we have to do, (what dictates our conscience), is more imprecise, more full of doubts and questions difficult to answer. Where is the limit of genetic modification? Will we accept genetic modifications for therapeutic purposes? And if so, why not to apply it to improve our physical and intellectual capacities? Analysis and responses to these and other questions lead us to the possibility of dialogue between science and ethics, between technology and the humanities.

Keywords: science, ethics, interdisciplinary dialogue, clinical medicine, bioethics

Artículo recibido: 5 noviembre 2016; **aceptado:** 15 noviembre 2016.

(*) Conferencia pronunciada en las VI Jornadas de reflexión educativa del *Col·legi de Llicenciats de Catalunya sobre "Ètica i ciència: un equilibri (im)possible?"*

Introducción

Lo que será el devenir de la humanidad depende, en gran medida, de lo que hacemos con lo que sabemos. El conocimiento científico y su aplicación tecnológica, lo que es conocido como el complejo científico-tecnológico, puede modificar el medio ambiente y el genoma de los seres vivos, la cual cosa incidirá en la evolución de las condiciones de vida y, por lo tanto, de la vida misma con consecuencias imprevisibles.

Hay quien duda que la evolución moral de los seres humanos esté a la altura de los retos planteados por la aplicación de los avances científicos. No soy de este parecer. No obstante sí que me parece evidente que, a día de hoy, más que nunca la frontera entre lo que podemos hacer (la aplicación del conocimiento científico-tecnológico) y lo que debemos hacer (lo que nos dicta nuestra conciencia) es más imprecisa, pues está plagada de dudas nuevas y problemáticas de difícil respuesta. ¿Dónde está el límite de la modificación genética? ¿La podemos aceptar con fines terapéuticos? Y si así es, ¿por qué no aplicarla para mejorar nuestras capacidades físicas e intelectuales? ¿Quién y cómo se establecen los límites entre lo que consideramos humano o normal y lo que es patológico o simplemente transhumano o posthumano, como postulan los defensores de la mejora humana a través de la modificación genética? ¿Son los alimentos transgénicos la solución al hambre, una de las plagas que todavía afectan a la humanidad? Y si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles serían las consecuencias?

El análisis y la respuesta a estas y otras cuestiones nos remite a la posibilidad de diálogo entre ciencia y ética, entre tecnología y humanidades. Posibilidad de diálogo que ha sido motivo de controversias desde mediados del siglo pasado, cuando Charles P. Snow -en su conferencia *The two Cultures* pronunciada en Cambridge- calificó a los pensadores humanistas, entonces hegemónicos tanto social como académicamente, de *luddites*. Aludiendo así a aquellos tejedores artesanos que al inicio de la revolución industrial en Inglaterra destruyeron los telares mecánicos porque les dejaban sin trabajo y, como consecuencia, grandes

detractores del progreso representado por la revolución científica-técnica-industrial.

Cabe no obstante recordar que tan sólo a mediados del siglo XIX, el estudio de las leyes naturales era tarea de la filosofía natural, una disciplina académica integrada dentro de la filosofía. Según el filósofo francés Henri Bergson, fue Claude Bernard el primero en formular de manera clara esa línea divisoria entre filosofía y ciencia; considerando a la primera como una actividad intelectual diferente a la investigación científica, aunque ambas con objetivos y métodos propios. Claude Bernard, médico profesor de la Sorbona, en la *Introducción al estudio de la medicina experimental*, publicado en 1865, sistematiza su experiencia investigadora y sienta las bases de la fisiología moderna que contradicen el concepto de fuerza vital; el principio de vida que, según la doctrina vitalista entonces enseñada en las facultades de medicina, no se podía explicar sólo como el resultado de procesos físicos o químicos.

En la cultura anglosajona la primera constancia escrita de la palabra *scientist*, designando a los que se dedicaban al estudio del mundo material, en oposición a los filósofos y los técnicos, se encuentra en 1834 de la mano de William Whewell, profesor de Cambridge. Contribuyó a la difusión de esa concepción del término con su obra *The Philosophy of the Inductive Sciences* y, de hecho, el término *science* no aparece en las ediciones del Oxford English Dictionary anteriores a 1860. Desde entonces, el crecimiento exponencial del conocimiento científico, gracias en parte al aumento del método experimental de investigación, deslumbró y orientó el debate sobre los objetivos y la metodología de las otras disciplinas académicas. No siempre con efectos positivos sobre los contenidos y los procedimientos específicos. Se debe tener presente estos antecedentes para evitar hegemonías que condicionen el resultado de este diálogo tan necesario e inaplazable.

De ahí, me propongo hacer una breve reflexión sobre las condiciones que lo pueden hacer factible. Pero, antes, describiré las diferencias conceptuales, algunas ya apuntadas, entre el conocimiento científico y el saber de la ética. Como paradigma del conocimiento científico tomemos las que conocemos como ciencias

duras, la física, la química y la biología, y las especialidades actuales a las que han dado luz. Y como paradigma del saber de la ética entendamos cualquier competencia o capacidad para decidir en cuestiones de índole moral. La finalidad de este reduccionismo voluntario es facilitar la argumentación, sin que ello suponga menospreciar las llamadas ciencias sociales, la economía, la sociología y la psicología, entre otras.

El esbozo de las diferencias conceptuales tiene por objeto poner de manifiesto las dificultades a priori del diálogo interdisciplinario. Sólo siendo conscientes de las dificultades que conllevan estas diferencias, se puede osar intentarlo. Expondré, a continuación, las condiciones mínimas necesarias para encarar estas diferencias y propiciar el diálogo. Será, obviamente, una propuesta de mínimos que señalará un camino o procedimiento que cada ámbito de conocimiento o disciplina debe iniciar y adaptar a sus condiciones específicas. Éste constituye el núcleo propositivo de mi reflexión. Y como el campo de la teoría y la argumentación académica no es mi fuerte, acabaré ilustrando mi propuesta con un ejemplo concreto extraído de mi experiencia profesional como médico clínico; el cual muestra la necesidad de complementar el conocimiento científico de las enfermedades con la deliberación moral en la toma de decisiones médicas.

Diferencias epistemológicas entre el conocimiento científico y el saber de la ética

Los pensadores de la Grecia clásica denominaban *episteme* al conocimiento que tenían por cierto, por ser el fruto del razonamiento lógico, del silogismo o de la comprobación. Y lo diferenciaban de la *doxa*, de lo que era una mera opinión. Hoy, el conocimiento científico es *episteme*, mientras que el saber de la ética es *doxa* (no en el sentido platónico de conjetura confusa, sino en términos de juicios prácticos, conjunto de valores). Así, pues, la primera diferencia entre ambas actividades intelectuales radica en el objetivo. Mientras que el conocimiento científico pretende la descripción precisa del universo y la predicción de los fenómenos que tienen lugar en él, el saber de la ética consiste en formular una opinión/juicio ante un problema

moral. Como bien dice Adela Cortina, la ética es un saber práctico, un saber para actuar, para ayudar a tomar una decisión que oriente la acción desde una perspectiva moral.

El tipo de razonamiento científico es teórico y progresa con la formulación de hipótesis que deben comprobarse. Como consecuencia, la naturaleza del pensamiento científico es abstracta. ¿Qué hay de más incomprensible para los profanos que una fórmula matemática, física o química como $E = mc^2$? En cambio, el razonamiento de la ética es, como ya hemos dicho, de tipo práctico, atiende a las circunstancias del caso y, por tanto, sus argumentos son concretos, pertinentes al caso que se analiza.

Los resultados científicos son universales, verificables y útiles en todas partes, mientras que los de la ética son particulares, sólo válidos y aplicables en el caso en cuestión y sujeto al juicio del agente o agentes morales implicados. Precisamente lo que es garantía de comprobación y generalización de los resultados es el método de la ciencia, el experimental, una observación manipulada y controlada que permite verificar la validez de los resultados en cualquier lugar donde se reproduzca el experimento. El método de la ética es la deliberación, el procedimiento por el que se decanta la balanza a favor de una de las opciones en juego, después de ponderar los argumentos a favor y en contra de todas las posibles, examinándolas a la luz los principios éticos identificados como relevantes y previendo las posibles consecuencias.

El criterio científico es la certeza expresada en porcentajes de probabilidad, mientras que el de la ética es la prudencia o capacidad de decidir en condiciones de incertidumbre, la *phronesis* tal como la entendía Aristóteles. Y, en consecuencia, las proposiciones científicas son calificadas como racionales en el significado de lógicas, mientras que las proposiciones de la ética son razonables, entendiéndose como tales las más adecuadas a las circunstancias.

Quien quiera emprender este diálogo necesario, debe ser consciente de estas diferencias conceptuales y encararlas, no como obstáculos insalvables, sino como

retos estimulantes que pueden acabar por enriquecer su bagaje intelectual. Este es un prerrequisito para iniciar este periplo, con posibilidades de que sea fructífero: evitar la descalificación de las personas en razón de la disciplina académica en la que están adscritas.

Las condiciones del diálogo interdisciplinario.

Y, en consecuencia, en primer lugar hay que evitar las posiciones extremas por parte de unos y otros representadas respectivamente por el cientifismo y el moralismo. El cientifismo, según la definición de Hortal citada por Abel, es la comprensión de la ciencia como algo absoluto, que puede explicarlo todo, independiente de cualquier referencia exterior, al margen de los valores, es decir, con la pretensión de ser una actividad axiológicamente neutra y, por tanto, aislada e insensible a las cuestiones éticas. El moralismo, por su lado, es la concepción de la ética como un sistema de pensamiento de validez universal que pretende analizar y resolver los problemas de cualquier ámbito o disciplina prescindiendo de las aportaciones del conocimiento científico. Sostiene que, sin la adscripción a una teoría ética, en una situación concreta no se puede fundamentar una posición moral en contra de la opinión de los que no entienden que las teorías puedan incrementar la confianza en las decisiones morales de la vida cotidiana.

De estas dos actitudes reduccionistas se puede deducir una segunda condición: se hace necesario una competencia profesional en el propio ámbito y un conocimiento adecuado de lo que quiere juzgar. La ignorancia es uno de los principales obstáculos para el diálogo interdisciplinario. De lo que no sabemos es mejor abstenerse de formular un juicio, parafraseando la conocida proposición de Wittgenstein: "De lo que no se puede hablar, hay que callar"⁵⁹.

Por consiguiente, debemos empezar por la claridad conceptual, epistemológica. Muchos de los debates públicos actuales sobre cuestiones éticas

⁵⁹ Op. Cit., 145.

están contaminados y viciados por la falta de definición precisa de los conceptos en discusión. Por ejemplo, si definimos el embrión como el resultado de la unión de un óvulo y un espermatozoide, no podemos denominar de la misma forma el resultado de la sustitución del núcleo de un óvulo por el núcleo de una célula somática cualquiera ya que no se atiene a la definición previa.

El diálogo fructífero exige el esfuerzo por parte de los filósofos y humanistas de conocer con cierto detalle el avance científico de lo que se quiere opinar. Pero para aclarar el puzzle que componen los principios y conceptos de la ética, el diálogo también exige de los científicos, el conocimiento de las principales escuelas de pensamiento ético y el origen de estos principios y conceptos filosóficos que, sustraídos de su contexto original, pueden tener significados diferentes, como señala MacIntyre.

Otra condición imprescindible es evitar las censuras previas en nombre de determinados principios. Hoy que el concepto de líneas rojas es tan mediático, proponemos que en el diálogo interdisciplinario sobre la conveniencia de determinados programas de investigación o la aplicación de nuevas tecnologías no haya ningún tipo de limitación. Insisto, en el debate es conveniente y necesario poder discutirlo todo para luego formular las recomendaciones pertinentes sobre su conveniencia o no.

Un ejemplo evidente es el uso que se puede hacer del concepto de dignidad, tan arraigado en la tradición filosófica europea, y tan cuestionado por los pensadores angloparlantes por la ausencia de acuerdos amplios en su definición, como argumenta, entre otros, Ruth Macklin. Lo cierto es que resulta difícil llegar a consensuar su significado entre los que tienen concepciones diferentes sobre los fines de la persona. Pensemos por ejemplo en las interpretaciones fundamentadas en el idealismo o el esencialismo y como sus argumentos pueden utilizarse para prohibir o condenar determinadas prácticas. Esta actitud, cuando se lleva a su extremo, puede condicionar y llegar a evitar el debate sobre cualquier práctica pues, con independencia del parecer de las personas implicadas, sólo puede ser juzgada

moralmente si previamente es analizada y discutida. Esto es lo que suele ocurrir cuando se fundamenta el debate y la toma de decisiones en un único principio absoluto, como podría ser el de la dignidad, que puede llegar a contaminar de esencialismo las reglas y normas a las que pretende dar apoyo, convirtiéndolas en absolutas e intangibles, impidiendo o condicionando el diálogo en nombre de un principio de definición imprecisa.

Para evitar los peligros de lo que Hautois denomina el *principalismo monista*, éste propone no utilizar la dignidad como único principio absoluto por encima de los demás, si no acompañarse de otros principios evitando así una jerarquía rígida entre ellos. La aportación de estos otros principios puede ayudar a la deliberación personal y colectiva, porque el principalismo plural "ofrece la oportunidad de un enfoque más rico de la conciencia moral cuando tiene que escoger"⁶⁰. Debemos, pues, identificar los principios éticos relevantes en el sujeto o materia sobre la que se quiere opinar. Esta identificación se puede lograr por consenso teniendo en cuenta la opinión de las personas a las que la decisión afectará, aquellas que deberán regular su actividad de acuerdo con estos principios. Sobre la posibilidad de consensuar unos principios éticos entre personas con diferentes sistemas morales de referencia, cabe decir que se puede coincidir en la percepción moral sobre la bondad o no de una práctica y diferir en la argumentación o fundamentación de la decisión.

Los principios éticos son herramientas en manos de las personas para poder orientar su comportamiento moral, pero son las personas quienes tienen la experiencia y la prudencia para argumentar la excepción a los principios cuando las consecuencias de su aplicación son moralmente inaceptables. En el análisis de casos se puede dar la coincidencia sobre la valoración y el curso de acción o la conducta recomendable, sin que se compartan las teorías éticas que fundamentan la opción. Por ello, es aconsejable comenzar por el trabajo de campo identificando los problemas morales relevantes a juicio de los implicados, evitando, en un primer

⁶⁰ Op. Cit., 48.

momento, el enfoque teórico que puede llevar a un debate estéril entre las diferentes concepciones éticas.

En esta línea de pensamiento, un principio básico para el diálogo interdisciplinario es el respeto a las personas entendido como la convicción ética de que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos. Una persona autónoma es la que tiene capacidad para deliberar sobre sus fines personales y para actuar de acuerdo con esta deliberación, según la definición del Informe Belmont. En este sentido, es una condición necesaria esforzarse por entender los argumentos racionales del otro y la coherencia de sus convicciones, aunque no las compartamos. Las convicciones personales, religiosas, ideológicas, filosóficas y políticas, respetables siempre que lo sean con las de los otros, no son certezas verificables ni su validez se puede demostrar experimentalmente. Son el fruto de los sentimientos y de la reflexión, de la educación y de la experiencia, y pueden ser argumentadas racionalmente pero nunca impuestas como verdades absolutas. Eso sí, hay que tener en cuenta que unos argumentos son más convincentes que otros.

Por ello, una actitud coherente es el distanciamiento crítico respecto a las propias proposiciones. El diálogo interdisciplinario y la deliberación sobre los problemas éticos que plantea el conocimiento científico son una excelente ocasión para discernir la consistencia de nuestras convicciones siempre que estemos dispuestos a cuestionar nuestros prejuicios. Quien no esté dispuesto a cambiar de opinión sobre una cuestión a debatir debería abstenerse de participar en la deliberación. En su último ensayo, Victoria Camps, ante la actitud muy extendida de refugiarse acríticamente en las ideas dominantes socialmente, reivindica la duda y el ejercicio del escepticismo como la actitud fundamental de los filósofos, como una forma más de promover el autoconocimiento y remover las conciencias y pone como ejemplo a Montaigne, el primer ensayista.

Así, pues, la propuesta es: evitar el cientifismo y el moralismo; partir de la claridad conceptual y el conocimiento del tema; consensuar el pluralismo, incluyendo el respeto a las personas; y ejercer el espíritu autocrítico. Todas ellas son

condiciones básicas necesarias para abordar el diálogo interdisciplinario y la deliberación sobre los retos morales planteados por los avances científicos y tecnológicos.

La medicina clínica: ¿arte o ciencia?

La práctica clínica ha sido considerada tradicionalmente como un arte. Esta definición incluye el conjunto de capacidades y habilidades que constituyen el saber de tipo práctico que sólo se adquiere con la experiencia. Es un saber de naturaleza bien diferente y complementario a los conocimientos teóricos y tan o más necesario para la competencia profesional. Las decisiones clínicas son un ejemplo de las limitaciones del conocimiento científico, del conocimiento teórico, a la hora de tomar una decisión.

Podemos medir la eficacia de las intervenciones médicas con ensayos clínicos, una aplicación del método experimental en la clínica en la que se comparan los resultados entre dos grupos de personas, por ejemplo entre uno que recibe el tratamiento experimental cuyo efectos se quieren evaluar y otro que recibe el tratamiento estándar, el habitual. Ni los investigadores ni los sujetos del experimento conocen quién recibe qué para evitar las interpretaciones subjetivas, los sesgos. Estos resultados experimentales nos ayudan a identificar la intervención más eficaz e incorporarla en las guías de práctica clínica. Esta manera de proceder permite reducir la variabilidad de la práctica entre profesionales y medir la efectividad de nuestras intervenciones, los beneficios y riesgos concretos de las personas que atendemos cotidianamente.

Los resultados sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones médicas es una información de tipo estadístico, expresada en porcentajes de supervivencia de las personas enfermas o que cuantifica la probabilidad de lograr un resultado para un grupo de pacientes según variables como el grado de dependencia o la severidad de la enfermedad. Esta información nos orienta sobre la evolución individual, pero no de una manera cierta. Nos ayuda a delimitar el curso de acción recomendable, pero sin eliminar las incertidumbres a la hora de dar un consejo

personal, individual. Es como el mapa que nos ayuda a seguir el camino, pero que no puede prever las incidencias del trayecto.

Y esto es especialmente relevante cuando el obstáculo para tomar una decisión no consiste en el diagnóstico diferencial difícil ni en la falta de competencia del profesional. Lo que a veces bloquea la capacidad de decisión no es la falta de conocimientos ni de medios, sino las dudas morales sobre la conveniencia de la intervención. En definitiva, y a menudo no somos conscientes de la naturaleza del problema, lo que dificulta la decisión médica es un problema de índole moral. La decisión de iniciar las maniobras de reanimación en un caso de paro cardíaco es un juicio clínico que pondera las posibilidades de recuperación, pero también el riesgo de sobrevivir en estado vegetativo crónico, según sea la duración de la parada. Iniciar o retirar la ventilación mecánica o la diálisis en un paciente con mal pronóstico, retirar la nutrición artificial en un paciente en estado vegetativo persistente o indicar una sedación en una persona al final de la vida, son ejemplos de posibles situaciones en las que las decisiones tienen una fuerte implicación ética.

El conocimiento científico médico nos informa sobre las probabilidades de sobrevivir después de una intervención, cuanto tiempo y las posibles consecuencias o secuelas. Pero, ¿quién ha de valorar este tiempo más o menos largo de vida y su calidad? La decisión corresponde a la persona enferma, cuando es competente y libre, después de que el médico responsable le haya informado sobre las opciones posibles, sus riesgos y las consecuencias. Información proporcionada en un diálogo comprensible y respetuoso en el que el profesional aporta la opción que él piensa más adecuada, sin imponerla. Éste es el modelo de decisiones compartidas, basado en el consentimiento, el procedimiento que garantiza el respeto a las personas en el ámbito de la clínica.

Pero, ¿qué ocurre cuando el juicio de uno y otro no coinciden? Estamos preparados para respetar las decisiones de los enfermos que no tienen en cuenta o rechazan nuestras recomendaciones? Tratamos con equidad y sin discriminarlas a las personas que no pertenecen a nuestra cultura o, simplemente, que no piensan

como nosotros? ¿Qué tipo de saber o procedimiento necesitamos para encarar los dilemas morales que surgen en la práctica clínica?

La deliberación en la clínica

Como ya hemos dicho, la deliberación es el método o procedimiento de la ética. Es la capacidad de formular juicios sobre la bondad de las decisiones y acciones tras ponderar los argumentos a favor y en contra y comprobar en qué medida son coherentes con los principios. Necesitamos analizar las circunstancias concretas del caso, empezando por los motivos y los valores de las personas implicadas, y prever las consecuencias de la acción según cada una de las posibles recomendaciones. Y si las consecuencias de la acción recomendada de acuerdo con los principios no son aceptables moralmente, se deberá saber argumentar, de manera razonable, la excepción a los principios. Stephen Toulmin, asesor de la comisión que redactó el Informe Belmont, recupera a Aristóteles cuando reflexiona sobre la similitud formal entre el arte de formular juicios morales y el arte del diagnóstico clínico y de la prescripción. En estas dos disciplinas los conocimientos teóricos ayudan hasta cierto punto, no obstante en los casos concretos su aplicación práctica exige, además, una capacidad personal para reconocer los casi inapreciables, aunque significativos, rasgos que diferencian un "caso" de dolor muscular sin importancia del principio de una enfermedad que puede resultar mortal, o entre un "caso" de reticencia a hablar aconsejado por la prudencia, de otra situación en que el motivo del silencio es la cobardía.

La ética y la medicina clínica son dos ejemplos de campos concretos del conocimiento y el razonamiento en los que, como dice Aristóteles, el rigor teórico de la demostración matemática es inalcanzable: "tan absurdo sería aceptar que un matemático utilizara la persuasión, como exigir de un retórico demostraciones"⁶¹. Debemos recordar que en la educación clásica, la retórica es el arte de saber argumentar. Para Toulmin, en ambas disciplinas habría que esforzarse en ser razonable en vez de insistir en una especie de exactitud que la propia "naturaleza

⁶¹ Op. Cit., 134.

del caso” no permite. Hay que ser prudentes, según Aristóteles, para discernir entre lo bueno y lo malo, para poder tomar decisiones en condiciones de incertidumbre. Es por ello que las decisiones prudentes fruto de la deliberación no aspiran a ser ciertas, si no a ser razonables.

Este paralelismo favorece la incorporación del razonamiento ético en la clínica. Lo cual exige tener presente a la persona y no sólo a la enfermedad, para transformar las sesiones y las historias clínicas, procedimientos e instrumentos habituales de la práctica médica, en herramientas para la deliberación moral. En las sesiones clínicas, los profesionales de un servicio o de un equipo se reúnen para discutir un caso de diagnóstico difícil o de tratamiento incierto. El médico responsable, tras exponer la historia clínica de la persona enferma, analiza los pasos, o sea las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico, así como las ventajas e inconvenientes de los posibles tratamientos. Los presentes exponen de manera razonada su juicio, evaluando los argumentos a favor o en contra de los posibles cursos de acción, teniendo en cuenta las consecuencias, sin embargo la decisión final corresponde al o la responsable, cuya opinión se ha enriquecido escuchando argumentos y razones de sus compañeros. En definitiva, el procedimiento para diagnosticar una enfermedad y tratarla es un proceso deliberativo, en tanto en que se debe elegir de manera razonada entre las opciones posibles para llegar al diagnóstico y el tratamiento adecuado.

Llegados a este punto, sólo cabe respetar la voluntad de la persona enferma, sus principios y valores, sobre todo cuando esa voluntad no coinciden con los de sus cuidadores, para que la sesión clínica "tradicional" se convierta en un procedimiento de deliberación moral. Si no nos limitamos al análisis de las manifestaciones patológicas de la enfermedad y su diagnóstico, entramos entonces a preguntarnos por su impacto en el proyecto vital de la persona enferma, qué miedos y dudas le atenazan y cómo podemos ayudarle, estamos entonces abocados a tener en cuenta la dimensión moral. Y ésta, tanto en las sesiones clínicas como en la deliberación moral colectiva, lo que pretende no es sustituir la conciencia y el juicio de las personas implicadas, si no aconsejar, ayudar en la deliberación. El profesional

responsable es en última instancia quien debe decidir si sigue o no el consejo de los compañeros y, una vez informada la persona enferma, respetar su decisión.

El otro instrumento que puede ayudar a introducir la dimensión ética son las historias clínicas. Las narraciones que registran la evolución de la persona enferma y las intervenciones para restablecer su salud. Material en que se sustentan las sesiones clínicas. No obstante, según el concepto de biopatografía de Laín Entralgo, estas narraciones no son verdaderas historias personales, sino meras crónicas, ya que no recogen la voz de la persona enferma. Por consiguiente, solo cuando se incorpore en la narración el juicio de la verdadera protagonista de la historia, la persona enferma, y su voluntad, entonces dejará de ser una crónica para convertirse en una verdadera historia personal, una (pato)biografía.

Nos damos cuenta a menudo que en este proceso narrativo en que se sustenta la deliberación se diluyen las fronteras, tan arraigadas en la tradición académica, que separan el dominio de los hechos del dominio de los valores. Las historias que narra el neurólogo y escritor Oliver Sacks, basadas en casos reales, atraen la atención de los lectores no sólo porque describen con precisión los acontecimientos del curso clínico de sus pacientes, sino porque también lo hacen con especial atención a las emociones, sentimientos y afectos de sus protagonistas.

Si en la sesión clínica se escucha y se respeta la voluntad del paciente, sobre todo cuando discrepa de quienes le atienden y se quiere dar una respuesta razonable, o sea deliberar, hay que recurrir al saber de la ética. Esta es la gran aportación de la bioética. No se trata sólo de la identificación de unos principios éticos que han modificado nuestra práctica, sino también la de los instrumentos y los procedimientos para analizar y decidir sobre los problemas morales de la práctica biomédica. Hay, pues, un saber, el de la ética, de raíz filosófica, emparentado en su vertiente procedimental con el razonamiento clínico, que resulta complementario al conocimiento biomédico, de raíz científica, y que, en mi opinión, es imprescindible para alcanzar el correcto ejercicio profesional.

A manera de conclusión

En la presente exposición, he empezado por la descripción de lo que es más universal, los conceptos que caracterizan la ciencia y la ética. Señalando asimismo lo que las identifica y sus diferencias, así como las condiciones que pueden hacer posible el diálogo entre ambas para, finalmente, acabar con el ejemplo particular de la biomedicina y la bioética. Ha sido, sin embargo, un ejercicio académico que ha recorrido los pasos en sentido inverso al que ha sido mi peripecia personal y profesional. En el curso de mi práctica asistencial me di cuenta que no siempre la mejor alternativa médica, fundamentada en el conocimiento científico, era la más satisfactoria y aceptada por la persona que tenía delante, la que en definitiva requería mi ayuda debido a su salud dañada. No cabe duda que el conocimiento de las enfermedades no proporciona la sabiduría para tratar a las personas enfermas y que esto es especialmente cierto en el caso de los enfermos crónicos, los incurables, los que, según expresión de Martí i Pol, padecen una enfermedad-*per-tota-la-vida*, escrito así, con guiones que enlazan cada palabra, como lo hace en el prólogo del libro de poemas *Estimada Marta*, donde explica el proceso de adaptarse a la enfermedad, la esclerosis múltiple, que cambió su vida y, desde mi perspectiva, su obra.

La búsqueda de procedimientos útiles para atender al paciente como persona que sufre y no como mero *substratum* donde tiene lugar la enfermedad me llevó al descubrimiento de la bioética de la mano de John B. Dossetor, entonces jefe del servicio de nefrología del Hospital Universitario de Alberta, en Edmonton, Canadá, donde promovió la fundación de la División de Bioética, concebida como institución pluridisciplinaria. Además, fue uno de los promotores del congreso de la Transplantation Society (Ottawa en 1989), el primero en que una sociedad científica invitaba a otros profesionales de la salud, conjuntamente con juristas, filósofos, responsables y referentes de las principales religiones a discutir los problemas éticos del trasplante. Las ponencias del Congreso y su declaración final, rechazando el comercio de órganos, han sido referencia inexcusable para los profesionales que trabajamos en este campo. Ese mismo año, el cirujano Marc Antoni Broggi organizaba el primer simposio sobre bioética de España, en Barcelona, donde

participaron de manera relevante Francesc Abel y Diego Gracia. En este simposio coincidimos el grupo de personas que fundó la Sociedad Catalana de Bioética (1990), presidida por el profesor Francisco Vilardell. La nueva sociedad tuvo el acierto, no exento de dificultades, de constituirse en el seno de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares, la institución que reúne a las sociedades científicas catalanas y baleares del ámbito de la salud, con la voluntad y el objetivo de propiciar el diálogo interdisciplinario a través de las actividades académicas conjuntas.

También se promovió la constitución de la Comissió Assessora de Bioètica del Departamento de Salud (1991), embrión del actual Comité de Bioética de Cataluña (2004), órgano asesor del gobierno catalán, de las sociedades científicas y profesionales y de la ciudadanía en esta materia y no hay que decirlo, el primer del Estado Español. Entre otras iniciativas, promovió la redacción de las órdenes de acreditación de los Comités Éticos de Investigación Clínica (1992) y de los Comités de Ética Asistencial (1993), que contribuyeron a impulsar y regular el funcionamiento de estos órganos en nuestro país y la ley conocida como de la autonomía de la persona enferma, aprobada por unanimidad por el parlamento catalán en diciembre de 1999 y que introduce el procedimiento del consentimiento en la relación clínica así como regula la custodia y el acceso a la historia clínica.

La proximidad propició que me beneficiara de la maestría personal de Francesc Abel, participando en cursos, congresos y jornadas de trabajo. Francesc Abel, médico ginecólogo y sacerdote jesuita, una vocación tardía, hizo la tesis doctoral en la Universidad de Georgetown, dirigida por André Hellegers, jefe del servicio de obstetricia y ginecología y fundador del Kennedy Institute, centro académico pionero en bioética. Abel se incorporó a los debates desde el primer momento y en su retorno a Cataluña, a mediados de los años 70, fundó, dirigió e inspiró hasta su deceso, el Instituto Borja de Bioética, pionero de su género en Europa. También promovió la constitución del primer comité de ética asistencial de nuestro país en el Hospital San Juan de Dios.

Diego Gracia, titular de la cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense, desde la jubilación de Laín Entralgo y discípulo de Xavier Zubiri, instituyó y dirigió el primer Máster de Bioética en España y es el autor de numerosas obras de obligada consulta para quienes cultivamos esta disciplina. Ambos son referentes de la bioética entendida como el estudio de la problemática moral en torno de las ciencias de la vida y la salud, y que no sólo ha identificado unos principios éticos, sino también los instrumentos, los comités de ética, y el procedimiento, la deliberación, que permiten encarar los problemas morales de la biomedicina, tanto en su vertiente de investigación como en la práctica clínica.

No me resisto a terminar sin citar las palabras con las que Wittgenstein cierra la Conferencia sobre ética, pronunciada en Cambridge hacia 1930, la única vez en que se refirió a esta disciplina:

"La ética, en la medida en que surge del deseo de decir algo sobre el sentido último de la vida, sobre lo absolutamente bueno, lo absolutamente valioso, no puede ser una ciencia. Lo que dice la ética no añade nada, en ningún sentido, a nuestro conocimiento"⁶².

Si entendemos por conocimiento la información que nos proporciona el estudio de lo que nos rodea, bien sea la naturaleza, bien sean las personas y su interrelación, la sentencia de Wittgenstein es cierta. Como también lo es la afirmación de que este conocimiento solo no nos permite decidir sobre las cuestiones esenciales de la vida, sobre que es la vida buena o qué sentido tiene la vida. No nos dice lo que tenemos que hacer. Necesitamos otro tipo de saber para poder elegir entre las diferentes opciones y concepciones de una vida plena. Es revelador y, hasta cierto punto, puede parecer una paradoja, comparar la anterior cita con esta reflexión de Emilio Lledó:

"Sólo a través del lenguaje podemos plantearnos el sentido del bien y del mal, porque aunque sean cuerpos los que actúan, su actuación, como actuación

⁶² Op. Cit., 43

moral, camina por el discurso de las palabras, fuera del orden de las cosas y los cuerpos. La ética es precisamente lenguaje”⁶³

Deslumbrado y atenazado por el empirismo, Wittgenstein es incapaz de aceptar y asumir otras fuentes de conocimiento y saber, mientras que Emilio Lledó, proporciona una perspectiva que aclara y dota de sentido la reflexión ética, con una proposición sobre la función del lenguaje en esta disciplina que, a buen seguro, podría ser compartida por el propio Wittgenstein.

A la Seu d’Urgell, 30 de novembre de 2016

Màrius Morlans Molina

Médico nefrólogo
Miembro del Comité de Bioética de Catalunya.

7234mmm@comb.cat

Bibliografía.

Abel, F. (1999), *El diàleg bioètic albirant el tercer mil·lenni*, Barcelona: Reial Acadèmia de Medicina.

Aristóteles (1985), *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia*, Madrid: Gredos.

Bernard, C. (1983), *Introducció a l'estudi de la medicina experimental*, Barcelona: Edicions Científiques Catalanes.

Broggi, M. (2013), *Comitè de Bioètica de Catalunya: vint anys*, *Bioètica & Debat*, 19: 7-11.

Bunge, M. (2014), *La ciencia, su método y su filosofía*; Pamplona: Laetoli.

Camps, V. (2016), *Elogio de la duda*; Barcelona: Arpa Editores.

⁶³ Op. Cit., 185.

Comissió Nacional per a la Protecció d'Éssers Humans de l'Experimentació Biomèdica i de la Conducta (1978). Principis ètics i orientacions per a la protecció dels éssers humans en la recerca. (Informe Belmont). DHEW Publication No. (OS) 78-0012.

Cortina A (1996) *El que hacer ético*, Madrid: Santillana.

Gracia, D. (2001). *La deliberación moral: el método de la ética clínica*; Medicina Clínica, 117: 18-23.

Gracia, D. (2007). *Procedimientos de decisión en ética clínica*; Madrid: Triacastela

Gracia, D. (2008). *Fundamentos de Bioética*; Madrid: Triacastela.

Hottois, G (2001) ¿Qué papel tiene el principio de dignidad en la toma de decisiones? En: Boladeras, M. (ed.). *Bioética: la toma de decisiones*. Cánoves i Samalús, Proteus, 17-48.

Jonsen, A.R., Siegler, M. Winslade, W.J. (2005). *Ética Clínica*; Barcelona: Ariel.

Kjellstrand, C.M., Dossetor, J.B. (1992). *Ethical Problems in Dialysis and Transplantation*. Dordrecht, Kluwer.

Kuhn, T.S. (2006), *La estructura de las revoluciones científicas*; Madrid: FCE.

Laín Entralgo P. (1998), *La historia clínica*; Madrid: Triacastela.

Lledó, E. (1994), *Memoria de la ética*; Madrid: Taurus.

MacIntyre, A. (2001) *Tras la virtud*; Barcelona: Crítica.

Macklin, R (2003). Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*; 327: 1419-20.

Martí i Pol, M. (1978). *Estimada Marta*; Barcelona: Edicions del Mall.

Montero, F., Morlans, M. (2009), *Para deliberar en los comités de ética*. Barcelona: Fundació Doctor Robert.

Morlans, M. (1994), *Fer costat al malalt*; Barcelona: Columna, (1ª reimpressió 2008). En castellano *Como ayudar física y moralmente al enfermo*; Barcelona: Folio, 1994.

Morlans, M (2006), *L'ètica mèdica, avui*; *Annals de Medicina*; 89: 195-199.

Morlans, M. (2007). *Ètica i investigació*; Annals de Medicina, 90: 85-88.

Morlans, M. (2011) "El consejo moral en el ámbito clínico". A: Bilbeny, N. (ed): Bioética, Sujeto y Cultura. Barcelona, Horsori, 79-104.

Sacks, O. (2015). *En movimiento. Una vida*; Barcelona: Anagrama.

Sarsanedas, A. (2011). "Aspectos bioéticos del transhumanismo en la toma de decisiones para la abolición del sufrimiento: el utilitarismo negativo i el imperativo hedonista. A: Boladeras, M. (ed.): *Bioética: la toma de decisiones*. Barcelona: Horsori, 149-163.

Snow, CP (1998). *The two Cultures. Introduction by S. Collini*. Cambridge: University Press.

Toulmin, S. (1982). *How medicine saved the life of ethics*. *Perspect Biol Med*, 25: 736-50.

Toulmin, S. (2003), *Regreso a la razón*, Barcelona: Península.

Wittgenstein, L. (1989), *Conferencia sobre ética*; Barcelona: Paidós.

(2012), *Tractatus lógico-philosophicus*; Madrid: Alianza.

Cómo citar este artículo:

Morlans, M., "El conocimiento científico y el saber de la ética: el paradigma de la medicina clínica", *Folia Humanística*, 2016 (4): 39-58 . Doi: <http://> (pendiente)

© 2015 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

MEDIO SIGLO DE AJEDREZ

Luis Bohigas

Resumen: En este artículo voy a comentar como vi el ajedrez hace cincuenta años y como lo veo ahora, con una vida por en medio. He repartido mis reflexiones en dos apartados: lo que permanece y lo que cambia. En lo que permanece he puesto aquellas cosas que me atrajeron del ajedrez hace 50 años y me siguen atrayendo ahora. En lo que cambia, he descrito aquello que el ajedrez ha progresado en este medio siglo.

Palabras clave: ajedrez, colaboración, competición.

Abstract: *HALF CENTURY OF CHESS*

In this article I am going to comment how I saw the chess fifty years ago and how I see it now. I have divided my reflections into two sections: what remains and what changes. In what remains I have put those things that attracted me to chess 50 years ago and why are they attracting me now. In what changes, I will describe the aspects in which the chess is progressing..

Keywords: chess, collaboration, competition..

Artículo recibido: 5 setiembre 2016 ; **aceptado:** 15 noviembre 2016.

A los 13 años jugué mi primer torneo de ajedrez, desde entonces no he dejado de jugar, aunque con intensidad variable. Ahora con 66 años sigo participando en torneos y disfrutando la práctica del ajedrez. ¿Qué tiene este juego que me ha acompañado mi vida? Mi carrera ajedrecista ha pasado por diferentes etapas, en la primera, más o menos desde los 13 hasta los 18 años, mi objetivo era competir y ganar los torneos en los que participé. Desde entonces hasta que me he jubilado he practicado el ajedrez en la medida de mis posibilidades, pero he tenido una actividad de gestión de ajedrez, pues durante 8 años fui miembro de la junta de la Federación Catalana de Ajedrez de los cuales 4 como presidente. Una vez jubilado he participado en varios torneos y vuelvo a disfrutar la competición, aunque ahora priman más las ganas de disfrutar jugando que las de competir. En este artículo voy a comentar como vi el ajedrez hace cincuenta años y como lo veo ahora,

con una vida por en medio. He repartido mis reflexiones en dos apartados: lo que permanece y lo que cambia. En lo que permanece he puesto aquellas cosas que me atrajeron del ajedrez hace 50 años y me siguen atrayendo ahora. En lo que cambia, he descrito aquello que el ajedrez ha progresado en este medio siglo.

1. El juego del ajedrez

El juego y sus reglas han variado poco durante este medio siglo. Aunque ahora conozco mejor las raíces y el desarrollo del juego que hace 50 años, lo que me permite ver mejor aquellas cosas que me atraen del mismo y que me han permitido continuar jugándolo.

Historia

La historia del ajedrez tiene su mitología y sus hechos comprobados. Entre los aspectos mitológicos está sin duda el invento del ajedrez, que probablemente han oído o leído muchas veces, pero que como todo mito quiere transmitir un aspecto fundamental del juego, su complejidad. El mito habla de un rey que en un lugar lejano se aburría soberanamente y pidió a sus súbditos algo que le entretuviera. Un sabio se le acercó y le dijo que había inventado el juego del ajedrez. El rey quedó maravillado con el invento del sabio y quiso premiar su creatividad, así le dijo al sabio que le pidiera lo que quisiera. El sabio modestamente pidió un grano de arroz en la primera casilla del tablero, dos en la segunda, cuatro en la tercera y el doble es decir ocho en la cuarta y así hasta completar los 64 cuadros del tablero de ajedrez. El rey quedó sorprendido por la escasa ambición del sabio y ordenó a sus funcionarios que cumplieren el deseo del sabio. El deseo es imposible de cumplir, pues se trata de una progresión que se multiplica a medida que avanzan las casillas del tablero y como hay 64 el número es inmenso. Se ha calculado que serían necesarios 18 trillones de granos de arroz, lo que ahora se denomina 18 EXA (Giga= mil millones, Tera = billones, Peta = miles de billones y Exa = trillones). Esta cantidad supone aproximadamente la cosecha mundial de arroz durante 100 años.

El mito nos da el primer mensaje sobre la complejidad del juego del ajedrez, a lo largo del artículo volveremos a este tema.

El segundo aspecto de la historia del ajedrez es lo que realmente sabemos. Parece que el juego se originó en la India con la denominación de “chaturanga” en el siglo VI, desde allí pasó a Persia, donde los musulmanes lo adoptaron y lo distribuyeron por todo el mundo, y precisamente fue en España donde los musulmanes lo enseñaron a los cristianos. Existen unas piezas de ajedrez en cristal de roca expuestas en el Museu Diocesà de Lleida que pertenecen a un juego que fue propiedad en el siglo XI de Arnau Mir de Tost, Compte d’Urgell y que aparecen en un testamento datado en 1068. Alfonso X el Sabio escribió durante su reinado (1251-83) un libro denominado “*Libro de juegos de axedrez, dados y tablas*”, que todavía utiliza las reglas islámicas para jugar al ajedrez.

El juego cambió de reglas y de piezas durante esta epopeya a lo largo de los siglos. Las piezas que en castellano se denominan alfiles, en inglés “bishops” y en francés “fou”. Es sorprendente que un juego que fue propagado por el islam tenga como segunda pieza más importante la reina. Hay la teoría que esta pieza se le añadió precisamente en España y en concreto en Valencia a imagen de la reina Isabel la Católica.

La partida de ajedrez

La partida no ha variado desde su origen, se trata de una batalla entre dos bandos: blanco y negro, cuyo objetivo es matar al rey contrario, es decir hacer el jaque mate. Esta lucha se produce con las mismas piezas cada bando y encima del tablero, por lo que no participa la suerte como otros juegos de azar: dados, cartas, etc. Y en este sentido se parece a una competición de tenis, boxeo o esgrima. En el caso del ajedrez la competición no es de fuerza bruta o técnica como en los casos anteriores, sino que es una competición de la “inteligencia”.

Una diferencia importante con respecto a otras competiciones entre dos personas es que la partida puede acabar en tablas, es decir que no gane ninguno de los dos. La partida puede acabar en tablas porque se den unas circunstancias objetivas, por ejemplo que ningún jugador tenga material suficiente para dar mate al otro, o bien que se repita tres veces la misma posición, o bien porque los dos jugadores acuerden las tablas. Las tablas acordadas pueden ir en detrimento de la competitividad en el ajedrez. Dos jugadores que no tienen ganas de pelear acuerdan las tablas. Para evitar este abuso, se han ingeniado varios sistemas, por ejemplo dar proporcionalmente más puntos al que gane la partida como sucede con el fútbol. Normalmente el jugador que gana la partida recibe un punto, si pierde no recibe ninguno y si empata los dos se anotan medio punto. Para evitar las tablas acordadas se ha puntuado en algún torneo de la siguiente forma: 3 puntos para la victoria y solamente 1 en caso de empate, de esta forma los dos jugadores que empatan pierden de hecho entre los dos un punto.

La partida se desarrolla en tres fases: apertura, medio juego y final. La apertura son las primeras jugadas, están muy estandarizadas y tienen sus diferentes nombres. Así por ejemplo tenemos la apertura catalana, la española, la italiana, etc. O bien la defensa francesa, la siciliana, la Budapest, etc. Las aperturas más frecuentes están muy estudiadas y hay libros o videos donde se pueden aprender. El final de la partida es cuando quedan pocas piezas en el tablero, el final mínimo es de un rey contra rey y peón. O bien rey y torre contra rey, torre y peones, etc. Estos finales están muy estudiados, hay numerosos libros y además hay técnicas precisas para ganarlos o empatarlos. Entre la apertura y el final está el medio juego. Aquí también hay estudios y libros, pero la complejidad es tan grande que solo se dan reglas generales para ganar o para defenderse. La creatividad del jugador es aquí lo más importante.

Al igual que en una batalla, en el ajedrez hay estrategia y táctica. La estrategia consiste en analizar la posición y fijar objetivos a alcanzar. La táctica en calcular secuencias precisas de jugadas que conducen a una ganancia.

Cuando se analiza la posición se considera si un jugador tiene más o menos piezas que el otro, este es el componente material, pero hay otros elementos como la situación de las piezas y especialmente la seguridad del rey. El equilibrio entre la parte material y la inmaterial del juego es muy importante. A veces es conveniente perder alguna pieza para conseguir una posición mejor o para poner al rey contrario en peligro. La belleza del ajedrez consiste en este intercambio y la maniobra más preciosa se conoce como sacrificio. Un bando sacrifica una pieza para conseguir una posición mejor. Si el sacrificio es correcto ganará una ventaja, por ejemplo un ataque al rey que le conducirá a la victoria Si al contrario el sacrificio es falso, se quedará con menos material y al final perderá.

Cuando empecé a jugar hacía pocos sacrificios, pues temía que no fueran correctos. Hoy en día en cambio prefiero arriesgar y hago más sacrificios, que a veces no salen bien, pero siempre ponen presión sobre el contrincante y ante la presión es más fácil que se equivoque. Y como dijo un maestro de ajedrez: “gana la partida el que hace el penúltimo error”.

Torneos de ajedrez

El torneo más conocido del ajedrez es el match entre dos jugadores para lograr el campeonato del mundo. El año 1986, para el campeonato del mundo, en Sevilla se jugó el match entre Karpov y Kasparov que logró una cobertura por los medios de comunicación nunca vista hasta entonces, y que nunca más se ha repetido. En el caso de un match, lo gana el que gana más partidas.

Otro tipo de torneo frecuente entre la élite es el sistema liga, en el que todos los jugadores juegan contra todos, ganando aquel que suma más puntos. Generalmente se otorga un punto al ganador de la partida, medio punto a los dos jugadores que han hecho tablas y cero al que ha perdido.

Durante los años de mi carrera que no podía jugar torneos individuales, he jugado con mi equipo de siempre el Club Escacs Catalònia de Manresa, en el que

llevo más de cincuenta años como jugador federado. Un match por equipos consiste que un equipo presenta un número de jugadores, generalmente 10 y el otro el mismo número. Los jugadores se emparejan por orden de fuerzas y juegan 10 partidas. El equipo que suma más de 5 puntos gana el match y si los dos suman 5 puntos se empata.

El tipo de torneo más frecuente en los torneos individuales se denomina Sistema suizo. El sistema suizo consiste en una serie de rondas, generalmente 9. Cada ronda se enfrentan entre sí los jugadores que tienen el mismo número de puntos. El objetivo es que al cabo de las 9 rondas, los jugadores que acumulen más puntos sean los mejores y hayan jugado contra jugadores fuertes. Este sistema permite que jueguen muchos jugadores. En el torneo que jugué en Lluçmajor, Mallorca éramos 200 jugadores y jugamos 9 rondas. Al final conseguí 4,5 puntos y quede clasificado por la mitad de la tabla.

¿Quién es un buen jugador de ajedrez?

Como en toda actividad humana, también en ajedrez hay que practicar mucho y por lo tanto se necesita mucha “transpiración”, pero es verdad que algunos jugadores juegan muy bien en seguida y otros en cambio no. Una capacidad muy importante del jugador de ajedrez es la memoria, hoy en día es necesario memorizar muchas variantes antes de empezar a jugar. Y si no lo haces, lo hará el contrincante y ganará fácilmente. Otra habilidad muy importante para el jugador es la capacidad de cálculo, es decir el número de jugadas que un jugador es capaz de imaginar sin mover las fichas del tablero. El número de jugadas posibles en ajedrez es muy grande, y el jugador que es capaz de calcular más lejos, tiene una ventaja enorme respecto a los demás. Como el número de jugadas es inmenso, la intuición es necesaria, pues no podemos explorarlo todo y hay que seleccionar. El maestro intuye en seguida las tres o cuatro jugadas mejores y se concentra en estudiarlas, mientras que el aficionado se pierde en el bosque.

2. ¿Qué ha cambiado en cincuenta años?

Desde que empecé a jugar al ajedrez hasta ahora han cambiado muchas cosas en este juego, probablemente ha sufrido una transformación fundamental en su larga historia.

Campeones del mundo de ajedrez

La primera cosa que ha cambiado es el campeón de ajedrez, pero no solamente su nombre sino su perfil biográfico, su estilo de juego, etc. Cuando empecé a jugar el campeón del mundo era Mijail Botvinnik de la Unión soviética. Era ingeniero de profesión y había logrado que la URSS apoyara al ajedrez. La Federación soviética de ajedrez era la más poderosa del mundo y el ajedrez tenía mucho apoyo. El ajedrez era reconocido en la Rusia de los zares, un campeón del mundo de la época de la Revolución era el ruso Alejandro Alekhine que se exiló a consecuencia de la Revolución. Después de la segunda Guerra Mundial se celebró un torneo entre los jugadores más fuertes del mundo y Botvinnik se proclamó campeón. La URSS era la campeona del mundo por equipos y sus jugadores copaban los mejores puestos de los torneos, Botvinnik perdió el campeonato frente a otro jugador soviético Mijail Tal, pero lo recuperó a continuación y finalmente lo perdió frente a otro jugador de su país Tigran Petrossian que a su vez lo perdió frente a otro soviético Boris Spassky. El ajedrez era soviético. Frente a esta situación se levantó un americano, Bobby Fischer, que consiguió arrebatarse el título a Spassky en un match memorable en Reykjavik el año 1972. Este match es probablemente el que ha tenido más difusión mediática de la historia. Era EEUU contra la URSS, en plena guerra fría. Todo esto ha cambiado ahora. El actual campeón es un chico veinteañero noruego que se llama Magnus Carlsen, niño prodigio, dedicado al ajedrez desde su más tierna infancia y el anterior campeón fue un indio Vishnatan Annand. Los rusos siguen siendo muy fuertes, pero su superioridad ha declinado.

La gestión del tiempo

Desde hace muchos años se ha impuesto un límite de tiempo en el ajedrez de competición para evitar que las partidas se eternicen. Cuando empecé a jugar el límite era de 20 jugadas a la hora. En aquella época jugábamos con unos relojes enormes que eran como dos despertadores unidos entre sí. El jugador después de hacer su jugada apretaba una barra de madera que paraba su reloj y ponía en marcha el de su contrincante. De esta forma se contaba el tiempo que cada jugador empleaba pensando sus jugadas. En el límite de una hora el jugador debía hacer un mínimo de 20 jugadas o de lo contrario perdía la partida. No había límite al número de jugadas, con lo que yo había visto partidas que duraron más de cien jugadas y que se alargaron varios días.

Hoy en día esto ha cambiado radicalmente, las partidas tienen un máximo de una hora y media por jugador y en este tiempo se debe terminar la partida o mejor dicho el primer jugador que agota este tiempo pierde la partida. Los relojes actuales son digitales y esto permite otro cambio fundamental, y es que además de la hora y media, cada jugada tiene un plus de medio minuto. Es decir si agotas la hora y media, todavía puedes seguir jugando pero solo dispones de medio minuto para hacer la siguiente jugada. Las partidas se terminan antes y hay más errores pero el aspecto competitivo no se ha perdido.

Inteligencia artificial aplicada al ajedrez

La aparición de los ordenadores ha modificado sustancialmente el juego del ajedrez. Los primeros ordenadores que jugaron al ajedrez tenían programas muy básicos y era muy fácil ganarlos. Hoy en día un ordenador normal puede ganar al campeón del mundo. La fecha histórica fue en 1997 en Nueva York cuando el campeón del mundo Garry Kasparov perdió ante Deep Blue un ordenador de IBM. En realidad quien ganó fue el equipo de programadores y jugadores de ajedrez que

diseñaron el programa. Lo que aportó el ordenador fue la potencia de cálculo de millones de jugadas en segundos. La aparición del ordenador en el ajedrez fue temida como el fin del juego y en cambio ha sido al revés, lo ha desarrollado. Antes he mencionado como una de las características del ajedrez su enorme complejidad, y eso es lo que nos han enseñado los ordenadores. En la primera jugada las blancas disponen de 16 movimientos posibles de peones y cuatro de caballo, lo que representan 20 posiciones diferentes. Las negras disponen del mismo número o sea que después de la primera jugada son posibles 400 posiciones diferentes. A medida que avanza el juego las posibilidades aumentan y su número se hace enorme. Se ha calculado que el número de partidas diferente ascendería a 10 elevado a la 120 potencia. Es tan complejo el juego del ajedrez que ni el mejor ordenador puede calcular todas las posibilidades, y lo que se ha hecho con los ordenadores, ha sido enseñarles a jugar como un buen jugador de ajedrez, mediante los correspondientes programas. El ordenador juega como un buen jugador, y además es capaz de calcular millones de jugadas por segundo, y es esta potencia de cálculo lo que le hace invencible.

En la actualidad los ordenadores se han convertido en los mejores amigos de los jugadores. Nos sirven para analizar nuestras partidas a posteriori y enseñarnos los fallos que hemos hecho. Yo analizo con el ordenador sistemáticamente mis partidas. Otra cosa para la que son muy útiles es como entrenamiento. Recientemente se ha puesto de moda otra función muy interesante. Cuando estamos como espectadores de una partida de ajedrez entre maestros, te hacen de comentarista es decir te indican si la jugada que ha hecho el jugador es buena o podía hacer una mejor.

Internet y ajedrez

Internet ha revolucionado el ajedrez. Antes para jugar una partida tenía que ir al club y esperar que apareciera algún compañero y que tuviera ganas de jugar. Ahora formo parte de un Club virtual que agrupa unos 30.000 jugadores de todo el

mundo. En el momento que quiero jugar, día o noche, me conecto a la página web del club y solicito jugar. Si en aquel momento hay un jugador en Australia que quiere jugar, la máquina nos pone en contacto y empezamos una partida.

Otro cambio fundamental que ha aportado internet son las bases de datos con partidas jugadas en todos los tiempos, que se actualizan automáticamente con las últimas. Antes solo había los libros y revistas para poder consultar partidas de los grandes jugadores. Hoy en día mis partidas se integran en las bases y cualquier jugador puede consultarlas. Yo trabajo con una base de datos con partidas seleccionadas que contiene unos 4 millones de partidas. En la base de datos puedo consultar lo que juega un determinado jugador o bien si hago una jugada que porcentaje de victorias ha existido hasta entonces. Claro que como el ajedrez es competitivo, tu contrincante también tiene acceso a las mismas bases de datos!

Otra gran aportación de internet es la retransmisión on line de partidas de ajedrez. Desde mi ordenador puedo seguir las partidas de los mejores torneos con comentaristas tanto humanos como digitales.

La valoración de los jugadores

Cuando empecé a jugar me adjudicaron la categoría tercera. Después de hacerlo bien en algunos torneos alcance la segunda. Aquí ya fui muy bueno y quedé campeón de Catalunya de esta categoría, por lo que ascendí a primera. Cada categoría la lograbas de por vida, con lo que en la misma categoría había jugadores con fuerza muy diferente. Hoy en día todo esto ha cambiado dramáticamente, y la culpa es de un matemático americano de origen húngaro que se llamaba Elo. Este señor diseñó un sistema por el cual mi valoración actual es de 2084 puntos. Estos puntos varían cada vez que juego una partida, es decir suben si gano y bajan si pierdo. La fórmula es complicada pero el resultado es que mi valoración refleja en cada momento mi nivel de juego, y el de mi contrincante!

Reflexión final: el ajedrez y mi carrera profesional

Los 47 años que han transcurrido entre la primera parte y la segunda de este artículo me he dedicado a mi carrera profesional, primero con los estudios de Ciencias Económicas y luego trabajando en el sector sanitario. Durante este tiempo no he dejado de jugar al ajedrez, aunque poco, pero he seguido estudiando. Estos años, el ajedrez me ha acompañado en mi carrera y me ha apoyado. La base del ajedrez es una batalla de uno contra uno y esto ocurre poco en una carrera profesional. Generalmente en el ámbito laboral priman las coaliciones de intereses. El mundo real es más sutil que el ajedrez, no hay un rey que matar, sino que hay una multitud de objetivos económicos, sociales, personales, etc.. En un ambiente laboral no juegas a ganar a otro, sino que te integras en grupos que interaccionan entre ellos, se producen luchas por el poder, ambiciones y frustraciones, hay mucha inteligencia emocional.

Sin embargo hay algunos aspectos del ajedrez que sí me han sido útiles. Destacaría el tema de la estrategia, es decir hacer un buen análisis de la situación y fijar objetivos. Al llevar a la práctica la estrategia hay jugadas inesperadas o acontecimientos no planificados y hay que modificar la estrategia original y fijar nuevos objetivos. Esta flexibilidad que tiene el ajedrez es útil en una carrera profesional. La capacidad para calcular posiciones futuras según sean las respuestas de los otros participantes también es útil. En cualquier caso el disponer de un juego entretenido que te aleja del stress diario y te permite pasar un buen rato con él, es muy útil y recomendable.

Dr. Luis Bohigas

Ciències econòmiques.
Professor del Màster de Salut Pública

Cómo citar este artículo:

Bohigas, L., "Medio siglo de ajedrez", *Folia Humanística*, 2016 (4): 59-69.
Doi: <http://> (pendiente)

