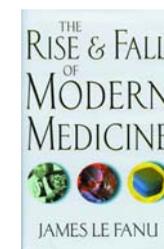


[The German New Medicine.webloc](http://TheGermanNewMedicine.webloc)



«não sei o que nos espera mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada (entusiasmada) pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada (sofocada) pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre». «A Nova Medicina» 2012 João Lobo Antunes



La Medicina se ha convertido en el símbolo más visible de los fines de la ilustración, que prometía que el progreso científico..... Pero cuanto más poderoso y prestigiado es este progreso, y mayor ha sido su ímpetu, su influencia ha resultado en una progresiva medicalización de la vida de la gente ... esto toma muchas formas desde la sobre-investigación y sobre-tratamiento de síntomas menores hasta el uso inapropiado de tecnologías de prolongación de vida, la ansiedad por la preocupación por amenazas triviales a la salud, y la propagación de expectativas falsas acerca del alcance de la investigación médica actual” James Le Fanu; The Rise and Fall of Modern Medicine 2010

“Los últimos 50 años la medicina científica ha visto cumplidos casi todos sus fines, ha alcanzado un hito de su realización”.

M.V. Lynk. Journal of the Nacional Medical Association; Nov. 1953.

1958 la primera edición de Harrison Principles of Medicine

“Los sociólogos retrataban a los médicos de entonces como los herederos de la edad de oro de la medicina.” (Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med 2004;350:69-75)

La medicina en movimiento

Karl Landsteiner, descubre los grupos sanguíneos 1901, Viena,
Charles Richet, descubre la Anafilaxia 1902. Paris
Paul Ehrlich descubre el Salvarsán 1909. Instituto serológico de Berlin.
Willen Einthoven hace el primer ECG 1907. Holanda
Alexis Carrel pone la primera prótesis vascular en la aorta. USA 1913
Mc Lean descubre la heparina en 1918. John Hopkins . Baltimore.
Banting y Mac Leod tratan al primer niño de 14 años con diabetes. 1922. Canada
Elliot Cutler hace la primera comisurotoma mitral cerrada. 1923. Boston,
Alexander Fleming descubre la penicilina 1927 Londres
Werner Forssmann, realiza el primer cateterismo cardíaco sobre sí mismo, 1931, Maguncia.
Hans Adolph Krebs, describe el ciclo del ácido cítrico, Friburgo 1931
Gerhard Domagk, descubre el Prontosil 1933. Munich
Edward C. Kendall aisla la Cortisona 1935. Rochester.
Louis Goodman y Alfred Gilman utilizan por primera vez la mostaza nitrogenada en un joven con linfoma cervical. Yale (Conn.) 1942
Selman Abraham Waksman descubre la Estreptomina, 1944. New Jersey
V Chorine aplica la hidracida de ac isonicotínico como tuberculostático, 1945. París
Paul Charpentier sintetiza la Clorpromazina, Paris 1949
Karl Beyer sintetiza los diuréticos tiazídicos, New Jersey 1958
Joseph Murray realiza el primer trasplante renal con éxito 1954, Boston H. 1954
Scribner el primer programa de hemodiálisis periódica 1960, Seattle

la opinión del público

Christopher Hudson un periodista, escribía en el Daily Mail comentando el libro de historia de la medicina de Roy Porter (2002):

“Nunca he leído un libro que me haya hecho alegrarme tanto de no haber nacido antes de mediados de siglo XX”

Las circunstancias que han alterado el quehacer del médico:

La ciencia y tecnología

El mundo analógico se ha cambiado por el mundo digital, más dinámico, más preciso y de enorme capacidad. Ha simplificado la historia clínica y la semiología, la técnica se ha interpuesto entre el médico incluso la enfermera y el enfermo

La administración sanitaria *ha convertido al médico en un funcionario*

Los cambios sociales, *las expectativas que muchas veces sobrepasan el poder del médico*

Thomas Samuel Kuhn, (1922-1996) “*The Structure of Scientific Revolutions* (1962)



"Considero a los paradigmas como realizaciones científicas universalmente reconocidas que comparten los miembros de la comunidad científica, y que durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y de búsqueda de resultados"

Sir Robert Christison (1797–1882). La descripción del síndrome urémico. El comienzo de la fisiopatología.



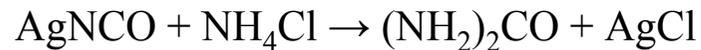
La medicina anatomo clínica (G. Morgagni, 1682-1781)

Bright, R (1789-1858). *Reports of Medical Cases, Selected with a View of Illustrating the Symptoms and Cure of Diseases by a Reference to Morbid Anatomy, vol. I. London: Longmans. 1827*



síntesis de la urea

Friedrichs Wohler, 1928



La medicina fisiológica

“.. se puede comprobar que en la anasarca debida a enfermedad renal, la urea existe en gran cantidad en la sangre al disminuir en la orina”.

Christison R. Observations on the variety of dropsy which depends upon diseased kidney. *Edin Med Surg J* 1829; **32:262–91**

Paradigmas de la ciencia médica

H. R. Wulff (Introducción a la Filosofía de la Medicina, 2006)



Modelo biológico de enfermedad; Medicina experimental de búsqueda de causas y mecanismos patogénicos.

Su orientación es fisiopatológica. Intuitiva

Medicina basada en resultados, orientación probabilística, empírica

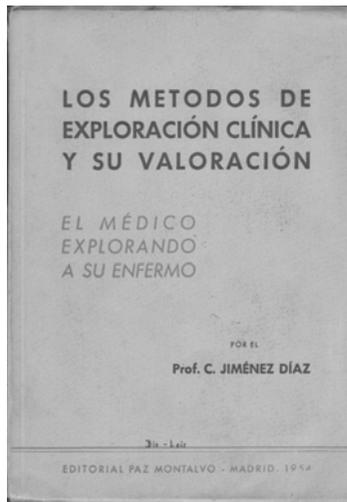
Medicina social (de la autonomía del paciente)

Modelo biológico de la enfermedad

La enfermedad como disfunción orgánica de la máquina a la que quedaría reducido el hombre después de conocida toda su complejidad biológica.

Este concepto de la medicina desarrollado en el siglo XIX, resultado de una concepción ontológica realista y epistemológica empírica de la ciencia.

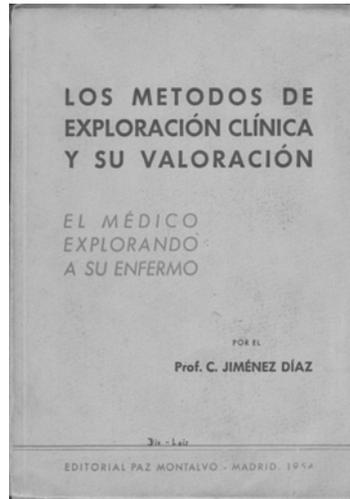
Hizo avanzar la ciencia medica de la mano de la física y la bioquímica.



¿Qué le ocurre? ¿Desde cuando?

El paciente como portador de enfermedad

El médico interroga como científico, desde su horizonte de conocedor siendo el objeto de análisis la enfermedad que tiene el enfermo. El enfermo contesta como intérprete de sus síntomas Diciendo lo que siente, de lo que se queja.

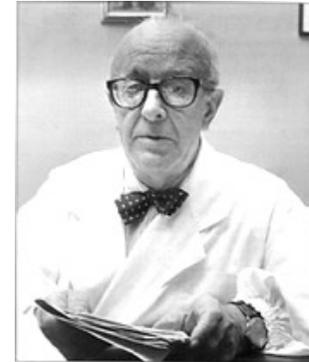


¿A que lo atribuye?

El médico habla con la persona que está enferma

Es la aproximación hermenéutica (interpretativa) a la anamnesis cuya finalidad es la comprensión de una persona que “está enferma”

La medicina biológica en su base, intuitiva
en su aplicación, holística en su
acercamiento al enfermo



“D. Carlos (C. Jiménez Díaz 1898-1967), llegaba a la sala periódicamente. le presentaban un paciente, él se sentaba en la cama a su lado y lo iba explorando al tiempo que conversaba con él. Completaba la anamnesis y a medida que iba obteniendo datos exploraba buscando signos que confirmasen sus sospechas. Era un diálogo aparentemente casual, pero que se acompañaba de un ejercicio mental que el enfermo apreciaba en todo lo que valía y quedaba abrumado por el interés que en aquel profesor de pelo plateado y pajarita de lunares, ponía en su examen.

“El hombre frente a otro hombre” como él decía.

D. Carlos con frecuencia se acercaba al laboratorio o a rayos para ver y comentar una biopsia, una radiografía, un sedimento urinario, la médula ósea o la sangre periférica de algún paciente.”

La transformación de la historia clínica.

La historia clínica se fue simplificando y fragmentando a medida que se desarrolló la ciencia médica que tuvo como consecuencia:

- La necesidad de una mayor especialización*
- El desarrollo de las nuevas tecnologías de imagen y de laboratorio*

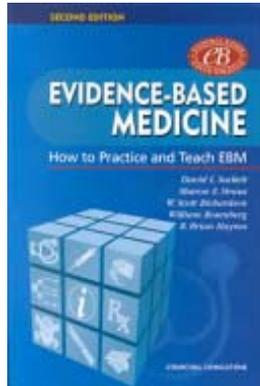
Medicina crítica basada en resultados

Medir la incertidumbre

Las funciones biológicas ocurren en sistemas complejos con reacciones en parte no predecibles por los datos conocidos, pueden ser debidas a múltiples variables, entre ellas polimorfismos genéticos, proteómica, micro-ambientes cambiantes y en el caso del hombre, la propia cultura.

En la ciencia médica aplicada siempre se habló de porcentajes (de curación, de supervivencia, de efectos secundarios, de asociaciones).

Hasta la 9ª edición del Harrison en 1981 no se introdujo un capítulo sobre sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica.



La Medicina Basada en la Evidencia

“EBM es el uso consciente explícito y juicioso de la mejor evidencia actualizada para tomar decisiones acerca del cuidado del paciente. Significa combinar la experiencia personal con la mejor evidencia clínica externa derivada de la investigación”.(1996). David Sackett

Se generalizó la probabilidad pre-prueba y los límites de confianza.

Se sustituyeron supuestos por hipótesis.

La verdad absoluta se cambió por probabilidad o verdad estadística.

A la estimación estadística se le llamó evidencia.

NICE Evidence Services National Institute for Health and Care Excellence (1999) "Is a service that provides fast access to authoritative health and social care evidence and best practice through a web-based portal. The Cochrane Library, NICE and Royal Colleges".

Las Guías Clínicas según el NHS

Las guías clínicas son recomendaciones para el tratamiento y manejo apropiado de enfermos con procesos determinados. Están basadas en la evidencia actualizada .

Las guías clínicas ayudan a los profesionales de la salud en su trabajo, **sin remplazar su conocimiento y habilidades.**

La insuficiencia cardíaca izda, valor de la semiología Paciente con disnea

	especificidad	sensibilidad
Ortopnea	89%	44%
Ha de IAM	89	26%
Tercer tono	99	11
Hepatomegalia	97	17
Cardiomegalia	85	27
Estertores pulmonares	81	51
Edema	72	53
>presión venosa	70	52

Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. AUMant J, Doust J, Roalfe A, Barton P, Cowie MR, Glasziou P, Mant D, McManus RJ, Holder R, Deeks J, Fletcher K, Qume M, Sohanpal S, Sanders S, Hobbs FDSO Health Technol Assess. 2009 Jul;13(32):1-207,

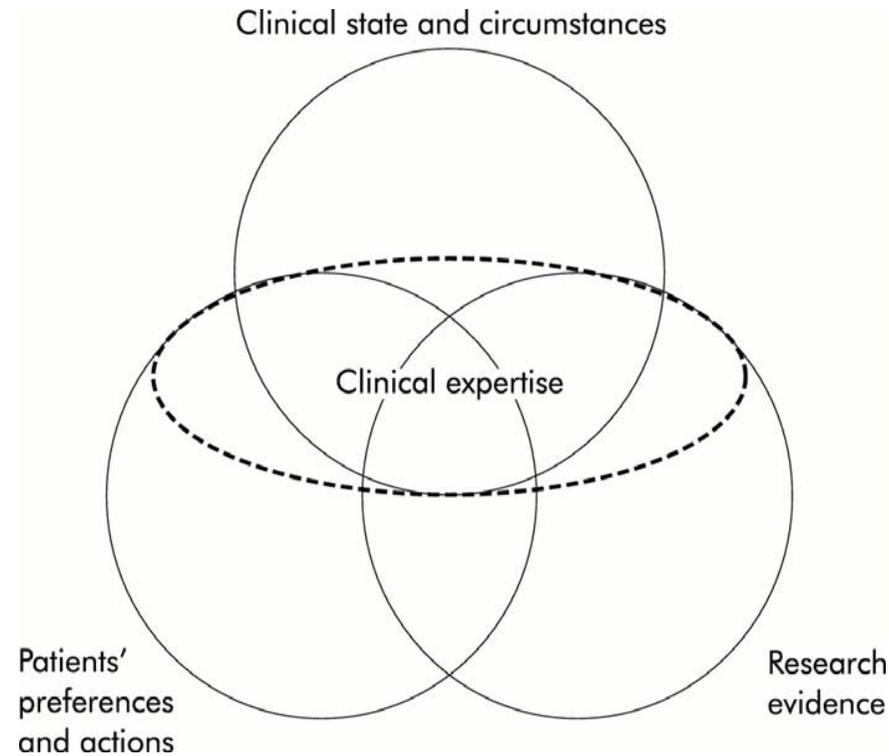
La insuficiencia cardíaca izda, valor de la semiología

Las presiones elevadas de llenado del corazón izdo fueron estimadas con exactitud en 60% de 214 observaciones

El examen por el cardiólogo fue mas exacta que el del residente:
71 versus 55% para el corazón izdo.

La exactitud de la estimación de presiones de llenado del corazón izdo fue de 60% mediante ecocardiografía,
y 67% con la determinación de Factor Natriurético (NT-pro-BNP), similares al examen físico.

Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. AUMant J, Doust J, Roalfe A, Barton P, Cowie MR, Glasziou P, Mant D, McManus RJ, Holder R, Deeks J, Fletcher K, Qume M, Sohanpal S, Sanders S, Hobbs
FDSOHealth Technol Assess. 2009 Jul;13(32):1-207,



“Aparte de ser basada en la evidencia, las decisiones también se sustentan en las condiciones clínicas y circunstancias del individuo y sus preferencias. La evidencia se basa en el mejor resultado de la investigación relevante al problema clínico, pero no hay que olvidar la racionalidad de la fisiología y la experiencia individual.

R Brian Haynes, P J Devereaux, G H Guyatt, *McMaster University*. EBM. 7: 2002; 36-38.

El médico asistencial como investigador

Pero el enfermo es único y la enfermedad por común que sea también, de tal manera que la aplicación de una guía ha de ser distinta, es difícil que esta llegue a particularizar cada variable. El médico cuando ve enfermos debe, debe actuar como lo hace el investigador básico

- utilizar hipótesis diagnósticas que puedan ser probadas o descartadas (falsadas),

- discernir sobre la significancia de sus hallazgos (conociendo la sensibilidad y especificidad de los procedimientos)

- y utilizar lo que se puede llamar el “índice pragmático” de cada actuación, es el criterio utilitarista para solicitar una prueba diagnóstica teniendo en cuenta los beneficios que se pueden obtener con la misma cualquiera que sea su resultado.



Las guías clínicas

Con la evidencia empírica, la ciencia médica se ha hecho mas rigurosa y la variabilidad clínica ha disminuido, esto ha aumentado la eficiencia al disminuir las subjetividad

Promueve la medicina de equipo y la historia clínica compartida

Efectos sobre el médico

Facilita su trabajo pero aumenta de la burocracia y puede ver disminuido su protagonismo



El nuevo paradigma

La medicina como función social

La clínica se ve afectada por cambios sociales y demográficos. El médico siempre estudió deontología la ciencia de la buena practica médica, teniendo en cuenta que su labor es curar o aliviar al enfermo, buscar su bien y restituir su salud si es posible, siguiendo el principio de beneficencia

La deontología se ha venido acercando a la ética normativa, aquella es conservadora, esta es progresista porque refleja normas de convivencia sometidas a cambios sociales.

La ética

Un interno trabajando en el Massachusetts General Hospital
En Diciembre de 1947. le preguntó a su senior: ¿Debo abstenerme de
trasfundir a esta mujer con una enfermedad terminal, teniendo en cuenta
que su grupo sanguíneo es Rh negativo y la reserva de sangre es limitada
y puede beneficiar a otros paciente con mejor pronóstico?
Esta pregunta y otras parecidas, provocaron un consulta con el
Dr Willard S. Sperry experto en ética que posteriormente publicó un libro
[Sperry WL. **The ethical basis of medical practice**. Hoeber, N.Y.: 1950]

(“Ethics in Medicine,” Walter C. Alvarez. GP 1950)
AFP fifty years ago. Am Fam Physician. 2000; 61:1262-1264.

La ética

La ciencia médica es también una ciencia social, como ciencia del hombre.

La ética en la asistencia centrada en el paciente (la autonomía del paciente)

La ética en la investigación clínica (ensayos clínicos, la consulta biotecnológica)

La ética en la investigación básica, (células madre, manipulaciones genéticas)

La ética de la limitación de recursos:

Hace ya más de veinte años advirtió Roy Porter (historiador de la medicina 1946-2002), “Estamos de hecho ante una auténtica redefinición de la función del médico. Mientras las expectativas se tornan ilimitadas, se convierten en irrealizables: la medicina deberá redefinir sus límites aun cuando incremente sus capacidades”.

El coste de la salud

El gasto aumenta cada año por cambios demográficos, innovación de terapéutica y tecnología y gasto farmacéutico, de tal forma que se calcula que la aportación para asistencia sanitaria del impositor se ira duplicando cada década (10% actual a un estimado 40% en 2050).

Los tres niveles que se plantea racionalización del gasto son.

a nivel macro-económico, responsabilidad del los estados (sanidad versus educación, infraestructuras, gastos sociales etc.)

a nivel meso-económico, responsabilidad de la administración sanitaria. (distribución del presupuesto en prevención, rehabilitación, asistencia primaria, hospitales, atención urgente o programada etc.)

a nivel micro-económico y esto es lo que afecta al sanitario (lo que el medico o enfermera deciden que hay que hacer o no hacer lo que es imprescindible y lo que no lo es, manejar en la clínica parámetros de eficiencia etc.)

Limitación de recursos. La priorización

Cualquier proceso de limitación de gasto utilizando criterios de priorización deben de basarse en una serie de principios:

El principio de dignidad humana Nuestro sistema constitucional ha elevado también a valor jurídico fundamental la **dignidad de la persona**, que, sin perjuicio de los derechos que le son inherentes, se haya íntimamente vinculada con el libre desarrollo de su personalidad y los derechos a la integridad física y moral

El principio de necesidad (grado de deterioro de la salud) y solidaridad

El principio de coste/efectividad.

See Preusker (2004): *Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung?*, in: *G+G Wissenschaft* 4 (2), 16-22; Preusker (2007): *Priorisierung statt verdeckter Rationierung*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (14), A930-A936; Raspe/ Meyer (2009): *Vom schwedischen Vorbild lernen*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 106 (21), A1036-A1039.

In Medical benefits and costs in healthcare: The normative role of their evaluation- Deutscher Ethikrat. Published by the German Ethics Council 2011.

La priorización, criterios clínicos

La priorización la debe realizar el médico, él es quien escoge que pruebas diagnósticas se han de realizar estratifica y selecciona los pacientes a la hora de administrar tratamientos, indica intervenciones según necesidad, decide quien debe ser sometido a observación. A partir de ahora debe hacer esto con más escrupulosidad dado un presupuesto limitado, así como interrumpir acciones que tengan poca evidencia de ser eficaces.

Todo esto lo hace el médico teniendo en cuenta dos tipos de información, la severidad de la enfermedad (pronóstico sin intervención medica o quirúrgica), y posible resultado de su actuación (pronóstico con intervención)

La libertad del médico

BRITISH MEDICAL JOURNAL 1983

The end of clinical freedom.

La libertad clínica ha muerto, aplastada por la escalada de los costes de las nuevas formas de investigación y tratamiento y los límites de financiación de una economía que no puede expandirse indefinidamente. La libertad clínica debiera haber terminado ya hace tiempo, ya que en el mejor de los casos era un refugio para la ignorancia ... Debemos dar la bienvenida a su abandono y coger las oportunidades que se ofrecen ante nosotros.

JR Hampton. BMJ. 1983;287:1237-1238

International Journal of Epidemiology 2011

The need for clinical freedom

Necesitamos cambiar la cultura médica en el sentido que los médicos puedan utilizar sus opiniones acerca de la evidencia publicada, para seleccionar el mejor tratamiento para cada paciente individualmente. Necesitamos una vuelta a la libertad clínica.

JR Hampton Int. J of Epidemiol. 2011;40:849-852

Las circunstancias que han alterado el quehacer del médico:

La ciencia y tecnología

El mundo analógico se ha cambiado por el mundo digital, más dinámico, más preciso y de enorme capacidad. Ha simplificado la historia clínica y la semiología, la técnica se ha interpuesto entre el médico incluso la enfermera y el enfermo

La administración sanitaria *ha convertido al médico en un funcionario*

Los cambios sociales, las expectativas

El contrato social del médico

En los países donde el médico de cabecera es un asalariado en una estructura muy jerárquica, el médico no es un profesional independiente. El médico de cabecera es un empleado público, un funcionario...

El pago por salario puede desligar al médico de cabecera de la población y de los pacientes y por ello la atención puede caer en un estilo burocrático y distante,
Menor libertad de decisión y protagonismo.

¿Cómo responden los médicos de cabecera a los problemas clínicos diarios en países europeos con pago por capitación y lista de pacientes? Juan Gérvas, Mercedes Pérez Fernández y Roberto Sánchez en Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje de acierto y error. Ministerio de Sanidad y Consumo 2005.

La realidad del médico

- El estudiante idealiza su futura profesión, llega al hospital para aprender ciencia aplicada, para entrar en la rutina de la asistencia.
- El contraste entre lo que uno espera y lo que uno hace puede ser causa de desencanto profesional.
- El psicólogo Herbert Freudenberger acuñó el término “burnout” en 1974 y lo definió como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo.

Two fifths of doctors consider leaving medicine says BMA

12 OCTOBER, 2012 | BY [SHAUN LINTERN](#)

NHS reforms and increased pension costs have led more

than two fifths of doctors considering leaving medicine,

according to the British Medical Association.

Causas de insatisfacción

Trabajar para terceros (seguros). El médico funcionario
Falsas expectativas del potencial del médico y la medicina
Medicina defensiva

Falta de tiempo

El médico como “doble agente”

Preocupado por su capacidad profesional con el enfermo, y
presionado por la administración para adhesión a normativas.

(Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med 2004;350:69-75)

Las circunstancias que han alterado el quehacer del médico:

La ciencia y tecnología

El mundo analógico se ha cambiado por el mundo digital, más dinámico, más preciso y de enorme capacidad. Ha simplificado la historia clínica y la semiología, la técnica se ha interpuesto entre el médico incluso la enfermera y el enfermo

La administración sanitaria ha convertido al médico en un funcionario

Los cambios sociales, las expectativas

La paradoja social



Theodor Adorno (1903-1969). “*Dialectic of Enlightenment*”
1947

“lo que una crítica social necesita es explicar es porqué el hambre, la pobreza y otras formas de sufrimiento humano persisten a pesar del potencial tecnológico y científico para mitigarlo o eliminarlo completamente.”

Premisas a tener en cuenta para una nueva medicina:

La industria creadora de necesidades



(György Lukács 1885-1971)

“El consumo ha permeado toda la sociedad y hace de los hombres objetos, obedientes a las leyes inexorables del mercado.....Así acaban siendo ellos mismos productos de consumo”.

La “reificación”, la consideración de las personas como objetos. Objetos de la publicidad, objetos de la administración, objetos de normativas etc.

El enfermo que acude al médico más de lo estrictamente necesario es víctima de la medicina.

Del mismo modo, ambos el médico/enfermera son en cierto modo siervos de la tecnología.



El reconocimiento

*“una teoría social con cierta intención
práctica moral”*



Axel Honneth (1949) sociólogo y filósofo director del Instituto de Investigaciones Sociales de Frankfurt.

Lucha por el reconocimiento

..”el objetivo normativo de la sociedad moderna parece no ser ya la eliminación de la desigualdad, sino la prevención de la humillación o del menosprecio; las categorías centrales de esta nueva visión ya no son la distribución equitativa o la igualdad de bienes, sino la dignidad y el respeto.”

“el yo solo puede llegar a tener conciencia de si mismo si entabla relaciones de reconocimiento con los demás”

(The I in We: Studies in the Theory of Recognition, Axel Honneth 2012)

La inter-subjetividad del médico con el enfermo se debe extender a la inter-subjetividad del médico con sus compañeros y gestores.

El tercer protagonista

El tercer protagonista en la relación médico enfermo;

El primero la relación del médico con la enfermedad (el enfermo como intérprete)

El segundo. La relación del médico con la persona enferma (un hombre frente a otro hombre)

El tercero. La relación de enfermo con su enfermedad (el hombre frente a su destino).

El arte médico tiene tres factores, la enfermedad, el enfermo y el médico. El médico está al servicio del arte. El enfermo debe colaborar con el médico para combatir la enfermedad. Hipócrates, Epidemias I.

“Todo hombre tiene algo propio en relación con la verdad”. Aristóteles.

En la sala de espera de diálisis alguien pregunta; ¿A que vienes?

Ellos contestan:

- A encontrar la salud
- A limpiarme por dentro
- A cargar las pilas
- A dejar de morir un poco
- A seguir sufriendo



Anna Donald (1966-2009),
médico Australiana pionera
de la medicina basada en la evidencia:

“La enfermedad te abraza te atenaza y como niña mimada requiere toda tu atención, te introduce en un espacio cerrado a veces agobiante del cual tu no controlas la salida. La única solución es introducirse en una misma y comenzar algo nuevo con ayuda de la imaginación. Ello pone tu vida al revés, te enseña que lo externo es ilusorio y que tu única realidad es la vida interior.”

El Blog de Anna (BMJ 2009;338)

Having life-threatening disease is fascinating because it plunges you into a new existential world. It feels as if you've been forcefully pushed into the engine room of human existence where you start to understand, before you die, what you're made of. Physically, mentally and spiritually. *Anna Donald's Blog 5 BMJ 14 May, 2008*

La ética de las virtudes

Decía Cicerón refiriéndose a César.

"Ninguna de tus virtudes es mas admirable ni mas grata que la misericordia" y añade "¿que es la misericordia sino la compasión por la miseria ajena?"

La compasión es acompañar al que padece.

Y Aristóteles:

«Los que pasan por una aflicción se sienten aliviados cuando sus amigos se conmueven con ellos»

Las virtudes son esas predisposiciones para obrar bien que vamos conquistando a lo largo de la vida y que conforman el buen carácter. Adela Cortina 2013 ¿Para que sirve realmente la Ética?

Max Horkheimer .
La escuela de Frankfurt.
Instituto de Investigación Social



La sociedad si quiere que el mundo sea mejor, no debe de olvidar el sufrimiento... y como primera posibilidad de esperanza la compasión y la acción comunicativa..

Horkheimer 1963

“La acción comunicativa es la forma consensuada de coordinación social en la cual los actores “movilizan su potencial de racionalidad” en lenguaje ordinario y con el fin (telos) de llegar a acuerdos motivados por la razón”

“The German Jews” (Horkheimer 1961)

La nueva medicina

(El destino, determinado o no solo, existe cuando llega).

La medicina se verá afectada:

Por la progresiva aplicación de nuevas tecnologías, *necesariamente modulada por consideraciones de prioridad.*

Por un mayor conocimiento de la población que será mas demandante, *que debería ser atemperada con la cultura de la solidaridad, y responsabilizarse de su salud y cuidados. La autonomía del paciente se irá extendiendo hasta hacerlo totalmente partícipe de cada decisión acerca de su salud/enfermedad mediante la robotización de su información.*

Por los propios profesionales sanitarios que serán expertos en la aplicación de normas y protocolos, *siendo deseable, para evitar su desánimo, mantener un acercamiento fisiopatológico a la enfermedad y sensibilidad y comprensión con el sufrimiento*

La perspectiva existencial

El hospital es un lugar de encuentro, encuentro con el enfermo, pero también de encuentro con uno mismo. Como dejó escrito Michel Foucault, la relación médico-paciente es la relación de la humanidad consigo misma porque todos tenemos algo de médicos, todos queremos o querríamos curar, todos nos preocupamos por el enfermo, y también todos somos o seremos pacientes.

El hospital, la consulta, son pues espacios de reflexión donde uno con frecuencia se encuentra a si mismo en los demás. Una dimensión necesaria para la autorealización.