

INTRODUCCIÓN

Cuando se recibe el honor de un Doctorado por la Universidad Rey Juan Carlos, se contrae una memoria imborrable de gratitud, y cuanto más si es a propuesta de las Ciencias de la Salud, a la que he dedicado mi ya larga vida académica. El pretender ofertar este Diccionario sobre estas ciencias, es parte pues de la expresión de este reconocimiento.

Se maneja el “*paradigma de certeza*” propio de un racionalismo moderno, mejor expresado en un “*paradigma de verdad*” según Mc Intyre para designar el sentido de las cosas. A veces una riada se ha llevado el puente entre las palabras y las cosas, y por tanto hay que buscar su sentido cabal. Abordamos pues “*los lemas*” lexicográficos con información brevemente enciclopédica, de los conceptos expresivos de las Ciencias de la Salud, pues “la lengua- según Heidegger- es la casa del ser”.

He de agradecer al Profesor Angel Gil, coautor, su valiosa revisión y aportaciones para hacerlo más asequible y convertirlo en un rápido manual de consulta para los estudiosos y profesionales de la salud.

Propósito

El médico en una sociedad tecnificada y exigente se enfrenta a un ejercicio profesional en el que tiene que adoptar decisiones críticas, que necesita el apoyo contrastado de una serie de datos y que debe analizar la valoración de la Epidemiología como método y las orientaciones de la Epidemiología clínica, para afrontar una Medicina basada en la evidencia.

Se requiere por tanto disponer de un tratado al que se pueda acudir con facilidad para precisar términos estadísticos y epidemiológicos que puedan ser base para la interpretación y construcción de publicaciones. Todos los profesionales requieren una especial formación continuada en estos temas, aun más en la Medicina Familiar y Comunitaria, tan próxima al paciente y su familia, que les recaba no sólo un quehacer técnico sino también fundamentalmente humanístico.

El Código Deontológico recientemente publicado por la OMS plantea el especial esfuerzo puesto al servicio de los ciudadanos, a los que se tiene que dedicar con especial atención, así como analizar y ampliar sus derechos. El profesional sanitario inmerso en un sistema socializado se enfrenta con la interposición entre el médico y el empleador del enfermo. Es decir surge la figura del gestor. Se ha dicho que el ejercicio de la Medicina es tomar decisiones importantes sobre datos muy inciertos. Es decir conjugar el arte de lo incierto con la ciencia de la probabilidad, como asegura Bailar, puede propiciar desacuerdos en las pautas a emplear o las decisiones a adoptar.

La filosofía médica es propiciar lo que se considera mejor para el paciente, según la Ética Hipocrática. La filosofía del gestor, a veces no expertos en la práctica clínica y con una

visión más economicista, prefiere propiciar acuerdos para aumentar la certeza (Thompson), y acuerdos de eficiencia es decir, conseguir beneficio al menor coste (Raelin). Lo que mejorará en conjunto la calidad. Esto nos lleva a considerar cuatro flashes en la moderna consideración de la Medicina y de la Gestión, que se pueden aplicar a todo el desarrollo actual.

1. La Ciencia Médica ha de basarse en la evidencia. Desde el “Evidence Based Medicine Group de 1992” todo lo que se ha venido desarrollando se basa en una evidencia de las actuaciones; en una mejor comprensión de la “causa-efecto” que viene a ser la Epistemología, base de una determinación.

2. Se plantea la Economía de la Salud, es decir la consideración del coste/beneficio. Los pagos por proceso que plantean los “case-mix”, los GRD, CGP son puntos clave de la consideración económica de los procesos médicos. Si no hay suficientes recursos tienen que establecerse prioridades y conocerse los costes y beneficios de cada alternativa.

Como breves ejemplos, podemos considerar a los pacientes insulino-dependientes que tienen una revisión periódica anual y que no llegan al cuarenta por ciento, pero que con un control adecuado, los costes de la enfermedad bajan un diez por ciento, y las hospitalizaciones se reducen a la cuarta parte.

3. Las Políticas de Salud se orientan más que a la prevención de la enfermedad a la promoción de la salud, destacando que la salud de la población debe medirse con la calidad de vida. Como se indica en “Promoting better Health” (1986) o la Carta de Ottawa (1986).

Los cuestionarios EuroQuol o WHO Quol, AVACs (Años Ajustados de Calidad de Vida) pueden ponderar los beneficios logrados tras un tratamiento.

4. La consideración de la Ética Médica y Social, nos lleva al respeto a la persona, con los tres principios y procedimientos:

- El Principio de Beneficencia y el Procedimiento de la Consideración del Riesgo.
- El Principio de Autonomía y el Procedimiento del “consentimiento informado”, o la voluntad del paciente como rectora de la relación con el médico.
- El Principio de Equidad o de Justicia, con la selección equitativa de la muestra con las consideraciones oportunas, y por el que no se podrían experimentar nuevos tratamientos con niños, adolescentes, personas mayores y personas marginadas, etc.

Es así como se implica el desarrollo científico-teórico y el económico-social en el ejercicio profesional y en la política sanitaria, conformando unas actitudes de licitud y obligatoriedad que expresan el sentido ético dentro de los códigos deontológicos.

Así pues hemos establecido aquellos aspectos y términos más interesantes que pueden servir para comprender y publicar trabajos que tengan una base estadística y epidemiológica.

Agradecemos al Profesor Mario Paredes, Presidente de ALANAM (Academias Latinoamericanas de Medicina y de España y Portugal) las palabras tan expresivas que sirven de pórtico intelectual y profesional y que avalan, con la autoridad de tan prestigioso académico, el esfuerzo que ha supuesto el intentar utilizar un lenguaje común para el mejor entendimiento de los problemas de la Epidemiología y de Salud Pública y Comunitaria.

Juan del Rey Calero