

Discurso de Inauguración del curso 2005

*El síndrome del médico cuestionado:
etiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento*

por el Ilmo. Sr.
Dr. D. Jaime Merino Sánchez

*All that is necessary for evil to succeed
is that good men do nothing.*
Todo lo que se precisa para que lo malo suceda,
es que las buenas personas no hagan nada.
E. BURKE

EXCMO. SR. PRESIDENTE,
EXCMOS. E ILMOS. SEÑORES ACADÉMICOS,
SEÑORAS Y SEÑORES,
AMIGOS:

ALGUNOS DE LOS PRESENTES sabrán que soy profesor de un Departamento de Medicina, por lo que les será fácil entender mi decisión de responder a la amable invitación que la Academia me hace para iniciar las actividades de este curso, exponiendo los contenidos de un síndrome cada vez más frecuente, *el del médico cuestionado*. Posiblemente muchos de Vds. lo conocerán, aquí lo analizaré con algún detalle buscando sus causas, mecanismos implicados en su aparición, cómo se expresa, y sobre todo y lo que parece más importante, qué podemos hacer para evitar que se extienda y dañe de forma grave la práctica clínica.

Antecedentes del tema

La medicina occidental, la llamada medicina tradicional a la que tanto Vds. como yo pertenecemos, surgió en la antigua Grecia. Un hombre intentaba ayudar a otro que tenía dolor, su cuerpo estaba caliente o tenía la piel amarillenta: no se encontraba bien. Era un enfermo, tenía una enfermedad (2). Hasta entonces se entendía que la enfermedad era una especie de castigo divino y para que desapareciera se acudía a personas supuestamente expertas, chamanes, sacerdotes, hechiceros, que para conseguirlo proponían ensalmos, ofrendas o sacrificios.

Vds. saben bien que ese hombre fue Hipócrates y formuló con toda nitidez la idea de que la ira de los dioses no era causa de enfermedad. Para él la enfermedad surgía por un desajuste o desorden de los humores del enfermo: se alteraba su *physis* o naturaleza (3). Para mí, que ese fue un momento trascendente de la humanidad. En el intento de entender y explicar a los humanos y su existencia se han dado múltiples explicaciones, ideas. Entonces se separan tres formas de pensar, tres formas de explicar esa realidad: por un lado la religión, por otro la filosofía, y por otro la biología-medicina. Aquí es donde estamos nosotros.

No deja de sorprender que esta idea formulada por Hipócrates hace muchos cientos de años, en la que los dioses no son causa de enfermedad, sin embargo ha calado profundamente en las sociedades occidentales, algunos de cuyos miembros casos, siglos después, siguen aceptando una relación de la enfermedad con lo divino.

La medicina occidental ha buscado *en la razón* explicaciones a los hechos y a través de ella definir nuestra realidad. Ha tratado de dar argumentos, procurando ser objetiva o científica, es decir fundamentar sus actuaciones en la comprobación objetiva de una hipótesis racional previamente establecida, lo que se ha llamado el método científico (4). No pretendo decir que las actuaciones de los médicos que practican la medicina occidental hayan sido siempre racionales o que los saberes agrupados bajo ese epígrafe lo hayan sido o lo sean. Lo que expreso es que es que se ha pretendido. Aún hoy en día asumimos que nuestras actuaciones son “científicas” cuando por ceñirnos al campo de los tratamientos nuestros fármacos son altamente inespecíficos: actúan en lugares y consiguen efectos muy distintos de los deseados. La medicina occidental ha tenido gusto por lo objetivo, de hecho ha encontrado en el método científico una excelente herramienta para dar explicaciones a los hechos.

A lo largo de los siglos la relación de un médico con una persona enferma ha permitido obtener una ingente cantidad de *conocimientos*; su conjunto forman las ciencias médicas. Además ha permitido adquirir numerosas *habilidades* para el manejo de ese enfermo, y el reconocimiento en él de las señales que la enfermedad le produce, son los hallazgos de la exploración física e incluso el desarrollo de tecnologías diagnósticas. También le ha permitido tomar determinadas *actitudes* en esa situación: hablar con el enfermo y/o sus familiares de forma adecuada, respetarle, guardar sus confidencias, tener una predisposición positiva a adquirir nuevos conocimientos, trabajar en equipo, etc.

Con ello ha surgido la figura del médico *como persona con capacidad de sanar o cuidar* con unos rasgos característicos, como una persona experta en atender al enfermo. Pero a su vez, el médico tiene una realidad y es que es *miembro de una profesión*. Las profesiones son un hallazgo que surge de forma ulterior en la historia de la humanidad. Probablemente su mejor definición se alcanza en la Edad Media. Podemos considerar a las profesiones como agrupaciones de miembros que realizan una misma tarea. En el caso de la profesión médica se les señala como expertos, bien formados, con experiencia, también capaces de producir nueva información y de transmitirla, que buscan la excelencia, que valoran su formación sobre la ganancia personal, que gozan del privilegio del autocontrol y que son capaces de autorregular su actividad, y finalmente que han sido socialmente bien valorados a lo largo de la historia. (5).

Durante siglos estos médicos, que atienden enfermos y que son miembros de un colectivo o profesión, han tratado de entender mejor qué es la enfermedad, y ese concepto se ha ido enriqueciendo con el paso del tiempo. Son aportaciones que se adscriben a ciertas formas de pensamiento o mentalidades. Así, la enfermedad puede ser (7,8):

- Lesión estructural, de células, órganos o aparatos, según la concepción de Virchow o Vesalio (mentalidad anatomo-estructural).
- Pero también puede ser una alteración funcional, como señalan las ideas de Claude Bernard y Magendie (mentalidad fisiopatológica).
- Galeno ya había señalado que las enfermedades tienen una causa determinante. Conocer sus causas es la clave para evitarlas o tratarlas. Este razonamiento fue decisivo para los médicos que desarrollaron la mentalidad etiopatogénica, y que tuvo como miembros relevantes a Louis Pasteur y Roberto Koch.
- También sabemos que la enfermedad no sólo afecta a los “órganos” o estructura del sujeto; el mundo psíquico puede estar en el núcleo de la enfermedad, lo que demostraron Sigmundo Freud y Dumbard (mentalidad psico-patológica).
- Para entender mejor la enfermedad es importante considerar los aspectos de respuesta del organismo a la agresión; aunque la agresión sea local la respuesta es global, y en muchas ocasiones es clave para que la enfermedad se exprese. Así sucede, pro ejemplo, en la alergia. En esta concepción son decisivas las aportaciones de Seyle, Jiménez Díaz, etc.
- Finalmente, la enfermedad tiene unas importantes raíces sociales, en su origen, en su abordaje y en su tratamiento (mentalidad social) (6).

Así hemos llegado a entender la enfermedad como un modo de vivir aflictivo en el que hay cambios en la estructura y función del sujeto y que puede ser incompatible con la vida o limitarla de una forma importante, según definió Laín (6).

El médico es un curador de enfermedades; para ello necesita no sólo *conocimientos* o saberes, los que se integran en las ciencias médicas o la patología —etimológicamente, la ciencia de la enfermedad—, sino también el *reconocer* que un sujeto presenta ese padecimiento o enfermedad, es decir, *la clínica* (7). Para reconocer la enfermedad que el enfermo padece, lo que habitualmente conocemos como elaborar un juicio diagnóstico, el médico debe realizar una historia clínica del enfermo y acompañarla de una exploración física. En muchos casos ese juicio de orientación diagnóstica se complementa con pruebas de laboratorio o imagen, que pretenden confirmarla.

En todo este proceso va a ser clave la relación con el enfermo; esa relación se concreta en lo que llamamos acto médico y va a ser clave para obtener la historia clínica, realizar la exploración física y también para que el enfermo acepte las pruebas complementarias que permitan comprobar esa sospecha diagnóstica. También la relación va a ser muy importante para conseguir que el enfermo acepte nuestra propuesta terapéutica, y más aún para que tenga buena adherencia en su realización, sobre todo si su enfermedad es larga y/o requiere una terapéutica compleja o arriesgada (8).

Esa relación entre el médico y el enfermo parecería sencilla porque todos suponemos que ambos persiguen la curación de la enfermedad. Sin embargo, el maestro Laín nos ha enseñado que esa relación es muy compleja porque sus fines también lo son (2). El médico además de la curación del enfermo puede pretender:

- Obtener un beneficio económico.
- Prestigiarse socialmente
- Utilizar al enfermo como material de investigación.

Y por otra parte, el enfermo además de querer curarse, puede:

- Querer obtener los beneficios sociales admitidos que derivan de ser enfermo, como las bajas laborales.
- Mantener la situación de enfermo, ya que le convierte en un centro de atención y cuidados.
- Le basta con conocer el diagnóstico de su enfermedad y tranquilizarse acerca de la gravedad misma porque en realidad no va a realizar los tratamientos que se le ofrecen (2).

Los países que han tenido la fortuna de poder incorporar la medicina occidental y desarrollarla, han sido ampliamente beneficiarios de este modelo de práctica médica. Sus ciudadanos han obtenido beneficios inmensos en términos de salud: el modelo de práctica médica occidental ha permitido (10):

- Curar muchas enfermedades agudas.
- Ha ayudado a aumentar la longevidad de la población.
- Controlar muchas enfermedades crónicas.
- Ha favorecido el pensamiento científico, la investigación, innovación y desarrollo tecnológico, en relación con la salud.
- Ha permitido el desarrollo y formación de profesionales sanitarios e instituciones como los hospitales, laboratorios, Centros de Salud, etc.
- Ha elaborado numerosos códigos éticos de conducta para garantizar al enfermo el bien hacer.

Pero, con claridad, los médicos no hemos sido los únicos artífices de los beneficios en términos de salud que los países occidentales han alcanzado. Otros profesionales y otros conocimientos científicos e instituciones han contribuido a ello: ciertas formas de ingeniería, apoyadas en la higiene y que han elaborado sistemas de conservación de alimentos, eliminación de excretas, etc., disponibilidad de agua potable, el tratamiento de plagas, el control de alimentos, etc., sin duda deben ser considerados.

Sin embargo asistimos hoy día a grandes contradicciones: la medicina occidental cosecha grandes éxitos; como ciencia ha desarrollado saberes trascendentes que una vez aplicados han permitido importantes desarrollos terapéuticos o diagnósticos, la curación de muchas enfermedades, evitar otras, la clonación, el trasplante, etc. Paralelamente, la práctica clínica tiende a ser cada vez más eficaz y segura (10).

Pero también, y esta es la contradicción, *el médico está cuestionado* (11, 12, 13). El enfermo-la sociedad, en determinados casos no confía en él. Y no sólo la faceta del médico como cuidador, sino como profesional; *la profesión está cuestionada* (13,14). Hoy nadie duda de que existen limitaciones en la práctica de la medicina occidental: se la considera agresiva, muy costosa, que etiqueta a los enfermos, que no está libre de efectos secundarios, que favorece la dependencia del enfermo, que en las actuaciones de los profesionales existe gran discrecionalidad, lo que supone que éstos ofrecen soluciones muy diversas sobre los mismos problemas, con lo que algunos pueden no ser adecuados, que es excesivamente burocrática y lo que es peor, que al ser muy costosa sus beneficios quedan limitados al primer mundo (16,17). Se podría sentenciar que esta forma de práctica clínica está en crisis (10).

En base a estos hechos podemos plantear la realidad del *síndrome del médico cuestionado*, una situación que se da en el médico, que obedece a múltiples causas y en base a un núcleo fisiopatológico común que puede corresponder a la pérdida de confianza que el enfermo y la sociedad tiene en él, se expresa de múltiples maneras, desde un incremento en la solicitud de segundas opiniones hasta la judicialización del profesional y que tiene consecuencias importantes: desde una medicina lenta y burocrática hasta el médico quemado (*burn-out*); sin duda precisa un tratamiento adecuado. Podemos decir que en el síndrome influye el doble papel del médico como curador o sanador y en su papel como profesional; la profesión está cuestionada (18).

Concepto de médico cuestionado

Es una situación que afecta a algunos médicos en su papel de curadores o sanadores y deriva de que algunos enfermos ponen en duda sus capacidades. También lo está como profesional: se cuestionan algunos de sus comportamientos. El cuadro se expresa con aumento de segundas opiniones, necesidad de realizar consentimiento informado, en la judicialización de sus actividades, en la practica de una medicina defensiva y en general más burocrática. (10).El medico cuestionado es una patología de la relación médico-enfermo.

Además *la profesión médica está cuestionada*: algunos enfermo cuestionan las peculiaridades de esta profesión. Específicamente la acusan de monopolismo, credencialismo, corporativismo, y de disponer de una excesiva discrecionalidad. Es decir plantean que la autonomía que la profesión tiene es excesiva, que de alguna forma, la profesión médica supone un coto cerrado; que en ella existe un excesivo credencialismo o elitismo, que tiene un alto nivel de corporativismo, es decir, sus miembros se protegen unos a otros, e incluso ocultan sus posibles errores, y que goza de una excesiva discrecionalidad que puede caer en la arbitrariedad, expresando que ante un problema determinado del enfermo las posibles respuestas al mismo son muy diversas según el profesional que las decide, y posiblemente algunas no son adecuadas (17).

Yo podría aceptar que lo que aquí se expone es una exageración de la realidad, pero lo que no cabe duda es que la caricatura, la magnificación de los hechos, permite definir mejor sus rasgos y éstos existen.

Etiología

Una causa global del síndrome se sitúa en la existencia de un cambio en el modelo social, y específicamente en el modo de establecerse la relación médico-enfermo; esa situación ha generado cambios que lo han favorecido (10). En el modelo de *la práctica médica tradicional*, que podríamos definir como *Medicina Centrada en el Médico*, la relación médico-enfermo es directa, es decir, se establece de forma simple entre médico y enfermo, pero también es asimétrica: por asimetría queremos señalar que (10, 20):

- El enfermo se presenta disminuido, demandante; el médico tiene las soluciones.
- El enfermo es ignorante y el médico tiene los conocimientos.
- El enfermo es dependiente y pasivo, el médico ofrece la ayuda aunque no cuente con el enfermo para decidir.

El enfermo acude como persona, como ser completo, lo que supone su estructura corporal, su psiquismo y sus relaciones sociales. Habitualmente el médico se interesa más por las alteraciones orgánicas que por otros componentes de su esfera psicológica y casi nunca por la propia visión que el enfermo tiene de sus problemas, lo que para él significan sus síntomas .

Estas características de la medicina tradicional centrada en el médico no pueden mantenerse en el siglo XXI (16, 17):

- El enfermo tiene ahora fácil acceso a la información, aunque quizá no tanto a la formación.
- La sociedad es, en sus relaciones, más democrática. Ahora ningún ciudadano, y mucho menos un enfermo, acepta que se decida sobre sus vidas, haciendas o salud sin contar con su opinión.
- El enfermo exige que se le tome en cuenta en las decisiones y se supone que toma una actitud activa acerca de sus cuidados. Han surgido potentes las Asociaciones de enfermos lo que es un hecho muy positivo, aunque tengan el riesgo de caer en el mismo gremialismo que a veces critican.

Cofactores

Existen además una serie de circunstancias que podríamos llamar *co-factores*, que distorsionan la relación médico-enfermo y que se comportan como concausas del síndrome. Entre ellos estarían (10,16):

- El médico ha perdido el papel central en el control de la enfermedad. En el modelo tradicional la relación médico-enfermo es directa, en los últimos años existen múltiples factores interpuestos: compañías de seguros, gestores, políticos, etc. (21, 22).
- Existen importantes avances en el acceso a la información de tal manera que cualquier enfermo puede adquirir información de forma sencilla.
- La informática permite modificar la relación médico-enfermo, en general favorece la relación pero limita mucho el contacto físico entre ambos.
- La complejidad de la medicina ha llevado al desarrollo de múltiples técnicas de diagnóstico complementarias y a una sub-especialización importante de los profesionales, de tal forma que en gran medida el enfermo no se relaciona con ellos sino con máquinas o técnicas. El médico tiende a limitar el tiempo de sus actuaciones directas con el enfermo. La historia clínica se sustituye por cuestionarios, a veces auto administrados, y la exploración física es cada vez más breve.

Factores facilitadores

Quizá merece la pena analizar más detenidamente los factores que han facilitado la aparición del síndrome, clasificándolos según dependan del médico, del enfermo, de la propia estructura profesional o de la estructura social (10).

Serían *factores dependientes del médico* los siguientes:

A. En determinados casos la pérdida de confianza del enfermo en el médico se ha debido a modificación de las *cualidades humanas* de aquél (2):

- Ha existido arrogancia o paternalismo
- No se ha aceptado rendir cuentas y explicar.
- Ha faltado empatía.

B. En otras ocasiones ha habido *actitudes éticas* inadecuadas (24, 25):

- Los beneficios generales del médico se han antepuesto al beneficio del enfermo.
- No se han declarado conflictos de interés.
- Ha podido existir. relación deshonesta o abusos de los enfermos.

C. Otras veces el médico ha sido cuestionado *en relación a su formación o conocimientos* (26, 27):

- En determinados casos la formación no ha sido la adecuada y los resultados terapéuticos no han sido los esperados.
- En otras, puede ser excesivamente organicista, y no se han valorado los componentes psicológicos.
- No ha estado orientada hacia el enfermo o su relación con él.

D. Todo ello ha hecho que la *práctica clínica* (28):

- Tenga una excesiva variabilidad
- Se haya centrado en el médico
- Este en ocasiones no haya asumido los cambios sociales: la aceptación de los nuevos derechos de los enfermos.

Respecto al *papel del enfermo en la crisis* (10, 20):

- En ocasiones sus exigencias han aumentado tanto, en base a supuestos derechos sociales o legales, que el médico no los puede satisfacer. En muchos casos no son suficientes actuaciones correctas, se exigen resultados positivos. Esto supera la idea de que los cuidados médicos son un derecho que nadie duda, pero se espera que sus resultados sean una certitud, cuando a veces son sólo una expectativa.
- El enfermo puede tener expectativas crecientes, a veces irreales, sobre las posibilidades de curación de su enfermedad; estas expectativas no son acordes con las posibilidades reales de la medicina que se le puede ofrecer
- En ocasiones, el enfermo tiene más confianza en la ciencia o en determinadas técnicas que en los propios profesionales.
- Ha aumentado su información de los temas de salud, lo que le da una falsa seguridad pues ello no significa que haya mejorado su capacidad o criterio para decidir.
- El enfermo no acepta un papel pasivo en los temas que comprometen su salud, lo que en el modelo de las sociedades democráticas exige una adaptación del médico, lo que no siempre se ha producido.

Referente a las *estructuras profesionales* (16):

- Han podido tener dificultad en expresar sus propias limitaciones y trasladarlas a la sociedad.
- En otras ocasiones ha existido corporativismo mal entendido: la solución a algunos errores profesionales o los conflictos de interés no se han resuelto como la sociedad esperaba. Ha primado la solidaridad entre profesionales sobre los que es la correcta atención al enfermo.

También *la estructura social* ha podido jugar un papel en la aparición del síndrome (16, 21, 29):

- El médico ha dejado de controlar los recursos sanitarios y es el primero en sufrir las restricciones del sistema: son frecuentes las consultas de pocos minutos, la excesiva burocratización, etc. Se ha ido colocando entre los otros miembros de la sociedad y el enfermo, llámese gestores, políticos o instituciones, compañías de seguros, etc.
- Con frecuencia los gestores-políticos usan inadecuadamente al médico y éste ha aceptado con resignación esta situación: es el que debe dar el alta cuando el recurso cama es escaso aunque la indicación de hacerlo sea dudosa. Ni el consumerismo ni el gerencialismo han sabido dar una buena respuesta para asegurar una práctica clínica de calidad, y ambos han utilizado inadecuadamente a los profesionales.

Patogenia

Todas estas causas han actuado a través de determinados mecanismos, que constituyen la patogenia del síndrome. Si se define una única sería la pérdida de confianza del médico en el enfermo (10). Se ha señalado que los atributos de la confianza son: que no es ciega, que tiene límites, que exige aprendizaje continuo, requiere ser revisada, surge de una buena comunicación, necesita del contacto físico y debe ganarse (30).

Determinados cambios sociales han influido en el enfermo haciendo que, en determinados casos, aumente su desconfianza en el médico, pero también éste ha modificado su tradicional visión del enfermo favoreciendo el desencuentro.

El enfermo pierde su confianza en el médico porque (10, 20):

- A veces le ve joven e inexperto.
- Su aspecto externo (vestimenta, calzado) no cubre sus expectativas y no le genera confianza.
- Personaliza en él su desconfianza en el sistema sanitario.
- El no le ha elegido e ignora su competencia real... al menos no tiene motivos para confiar en él.
- En ocasiones ha sufrido cambios frecuentes de los profesionales que le asistían, lo que ha influido negativamente en la asistencia y en la confianza en ellos.

El médico, en ocasiones, ha respondido también disminuyendo la confianza en el enfermo (10, 31, 32):

- Desconfía de su interés por curarse.
- Estima que el enfermo va a ser incumplidor de las normas o indicaciones que le hagan.
- Piensa que por su mala socialización el fracaso terapéutico está asegurado.
- Se deja llevar por prejuicios en relación con diferencias culturales, étnicas, etc.
- Su propia concepción organicista de la enfermedad le dificulta para comprender los problemas psíquicos o sociales del enfermo.

Combinados ambos factores podemos definir cuáles son las consecuencias de la pérdida de confianza en la relación médico-enfermo, o dicho de otra manera, cuáles son las manifestaciones clínicas del síndrome del médico cuestionado.

Manifestaciones clínicas

El síndrome es peculiar, porque afecta al médico pero también se expresa en el enfermo. Sus manifestaciones en el enfermo son (10, 20):

- Aumento de la solicitud de segundas opiniones
- Aumento de las reclamaciones, algunas de ellas pueden llegar al terreno judicial.
- Aumento de la insatisfacción.
- Pérdida del efecto placebo derivada de las decisiones médicas, pues no se conforma con ellas, y en general, probablemente menor eficacia.
- Muy probablemente, aumento de consumo de las llamadas medicinas alternativas.

Las *manifestaciones en el médico* son, de forma general (10).

A. Una práctica de la medicina defensiva. Esto se expresa con:

- Aumento de la realización de pruebas complementarias para el diagnóstico.
- La exigencia de la firma de documentos de consentimiento informado
- Oferta de terapias menos arriesgadas.

B. En general, todo ello supone un aumento de la burocracia y a la vez un mayor coste y disminución de la eficacia. Hay necesidad de mayor tiempo para la información, una práctica clínica que implica procedimientos más costosos, y con frecuencia más lentos.

C. En algunos casos, la frustración y/o desfallecimiento del médico, el conocido *burn-out*.

La caricatura de esta situación se refleja en el diálogo que mantienen un médico y un supuesto enfermo: el primero le dice: lo siento, no soy su médico sino su gestor de salud. El segundo responde, no se preocupe, yo no soy su enfermo sino el abogado de su enfermo...

Además la *profesión ha sido cuestionada*, y las principales críticas que se le hacen no han sabido ser rebatidas:

Así el monopolismo debe valorarse como seguridad hacia la sociedad porque expresa que el título, o el derecho a la práctica clínica lo tienen sólo determinados miembros de la sociedad, justo aquellos que la propia sociedad ha permitido que lo tengan tras garantizarse su formación. Ese monopolio evita el intrusismo y garantiza una práctica clínica más segura. (16, 33).

La discrecionalidad, si es excesiva, comporta riesgos para el enfermo, pero un determinado grado es imprescindible para decidir en situaciones no normalizadas, algo que es frecuente cuando el médico se encuentra ante un caso clínico, y exige individualizar las actuaciones. Para limitarla han surgido los protocolos y la Guías de Práctica clínica que tratan de ayudar al médico en la elección de la mejor de la soluciones posibles.

El elitismo, sin duda, expresa desigualdad, pero desigualdad en base a formación, lo que es una garantía social y es la sociedad la que determina los niveles sociales de cada profesión.

Lo que no hay duda es de que existen múltiples ejemplos de abusos cometidos durante la práctica de cada uno en los últimos tiempos y el gremialismo ha existido y existe (25, 34).

Epidemiología

El cuadro tiene una prevalencia en los distintos países. Es máxima en EE.UU. y mínima en países de economías limitadas. Es mayor en las grandes ciudades que en el mundo rural, y mayor en determinadas especialidades médicas (Cirugía Plástica, Obstetricia, etc.) que en otras, pero su prevalencia va creciendo en todas las sociedades. Se estima que se inició en los años 60 ó 70 y su desarrollo está siendo rápido. Irvine (13) estima que en USA y UK la proporción de médicos cuestionados estaría en un 5%... serían las llamadas "bad apples" (33).

Tratamiento

El tratamiento del síndrome debe enfocarse desde dos ángulos: uno referido al médico como curador o sanador y otro a la profesión médica.

Cambios en el médico como sanador. La práctica clínica centrada en la persona

El médico debe modificar su práctica clínica orientándola a lo que se ha dado en llamar práctica clínica centrada en el enfermo, o mejor práctica clínica centrada en la persona ya que no todos los ciudadanos susceptibles de beneficiarse de ella pueden calificarse de enfermos. Sus principales rasgos serían (10, 32, 35, 36):

- Implica a todos los ciudadanos, sean sanos o enfermos.

- El médico aborda al paciente como una globalidad, lo que incluye tener en cuenta los componentes biológicos, orgánicos, psicológicos y sociales. Es el llamado modelo biopsico social.
- El enfermo participa de forma decidida en la toma de decisiones que le competen sobre su salud
- El enfermo debe hacerse co-responsable de sus cuidados y para ello debe adquirir información para decidir.
- El médico amplía sus funciones, se hace asesor-informador, y sobre todo coordinador de cuidados, aunque se implica menos en las decisiones.
- El médico debe valorar la visión que el paciente tiene sobre la enfermedad.
- Se ha querido transformar la medicina basada en la evidencia en Medicina basada en la afectividad.

Si el nuevo modelo centra la práctica clínica en la persona (usuario, enfermo) es importante conocer como esta valora la enfermedad.

La enfermedad desde la perspectiva del enfermo

El concepto de enfermedad responde a modelos culturales, y en sí mismo no es sencillo de definir. (37) El profesor Laín la explica como un modo de vivir aflitivo en el que hay cambios en las formas o funciones del sujeto y que puede ser incompatible con la vida o limitarla de forma importante. El idioma inglés utiliza dos palabras para referirse a ella: *Illness*, que viene a significar lo que el sujeto tiene, lo que siente; incluiría la respuesta subjetiva del enfermo y su entorno a no estar bien, cómo se interpreta y valora; vendría definida por la pregunta ¿qué me sucede?, ¿qué he hecho mal? Pero también usa la palabra *Disease* que podría significar lo que el organismo padece (38).

Una enfermedad, por ejemplo la diabetes, puede ser interpretada de forma muy diferente según los distintos enfermos. Con frecuencia el enfermo parte de algo más amplio, de la sensación de adversidad o de mala fortuna, y esa apreciación se complica con dimensiones morales psicológicas y sociales. El organismo experimenta cambios diarios, pero en un momento dado algo hace que ese cambio se defina o perciba como enfermedad (37). Tal vez se percibe como enfermedad si interfiere actividades diarias, si la variación es demasiado amplia respecto a los cambios habituales medios o si para el que lo padece ese cambio es difícil de interpretar. También resulta difícil señalar si la enfermedad está en uno, es una percepción de los demás o ambas cosas. Estas dificultades en su definición quizás justifica que algunos se planteen si ciertos comportamientos o situaciones (como podría ser la homosexualidad o las adicciones) puedan considerarse una enfermedad.

Lo cierto es que esa situación crea un rol, el de enfermo, y un ambiente que lo acepta. El enfermo tiene derechos y cada sociedad los define y limita. La sociedad codifica lo que es enfermedad y el hecho de definir qué es enfermo es un rasgo muy cultural. El niño aprende a padecer “enfermedades” cuando se culturiza y la persona adquiere el rol de paciente o enfermo cuando busca ayuda médica (37, 39).

Otras veces, la enfermedad se identifica con comportamientos o estados que se salen de la norma. Por ejemplo, los más altos o los más bajos de un colectivo serían los enfermos (gigantes o enanos). Pero esa regla no es válida. En una sociedad la mayor parte de sus miembros y lo mayoritario, la norma “tener caries”, no puede equivaler a estar sano (5, 6).

Para el enfermo la enfermedad es una mezcla de ideas y de experiencias. La enfermedad es más que un conjunto de signos y síntomas; como hemos dicho, a veces las manifestaciones tienen significados morales, sociales o psicológicos. Sentirse enfermo es notar cambios anormales, habitualmente por el enfermo, otras veces por las personas de su entorno.

A veces el enfermo entiende mal la existencia de enfermedad sin padecimiento; el enfermo entiende como enfermedad aquello que le causa molestias o le limita funcionalmente. Por ejemplo, el dolor, la fiebre o la pérdida inexplicable de peso. Es más difícil que entienda que también es enfermedad, incluso importante, otras circunstancias que no tienen esas características: por ejemplo, tener elevada la cifra de colesterol, de tensión arterial o de glucosa.

El origen de las enfermedades según el enfermo

En la interpretación que el enfermo o la sociedad hace acerca del origen de la enfermedad también hay influencias culturales importantes (5, 37, 38).

- Para algunos enfermos el origen de la enfermedad está en ellos mismos. Se debe a ciertos comportamientos propios incorrectos: por ejemplo exponerse al frío, tener ciertos rasgos hereditarios (calvicie), hábitos inadecuados (tabaquismo, ...), y ello puede generar sentimientos de culpabilidad. En la medicina occidental las enfermedades hereditarias son un buen ejemplo de enfermedades que responden a estas causas.
- Otras veces la enfermedad se origina en el mundo natural: por influencia de la temperatura, por agresiones de animales o vegetales, vivir en climas inadecuados, etc. Su paradigma en la medicina occidental sería el mundo de las infecciones.
- En otras ocasiones la enfermedad surge en el mundo social: pueden causarlas determinadas exposiciones relacionadas con el trabajo, el estrés, el riesgo profesional (traumatismos, ruidos, etc.), pero también están en la sociedad el mal de ojo, el mundo de los gafes, etc.
- Finalmente, para algunos, otras enfermedades surgen del mundo sobrenatural: los dioses o los espíritus serían el origen de la enfermedad. La medicina griega quiso romper con este elemento causal; sin embargo no puede negarse que esta idea forma parte aún de muchos pensamientos relacionados con el origen de la enfermedad incluso en las sociedades occidentales modernas.

En el contexto de la medicina centrada en la persona es importante considerar,

Cómo ven los enfermos a sus médicos, cuáles son sus expectativas en términos de salud y cómo se informan

Tenemos poca información acerca de cómo el enfermo ve a su médico, cómo interpreta cuál es su papel en el Sistema de Salud, qué espera de él y cómo cambian esas expectativas según las diferentes sociedades o tiempos (37, 39).

Un estudio realizado por Lansky, demostró que las madres son un punto clave de contacto el grupo familiar con el sistema de salud. El médico suele ser visto como decisivo en la eficacia de las atenciones que puede recibir. En los sistemas sanitarios de afiliación voluntaria con suscripción de planes de salud, un mal plan de salud ofrece muy buenos cuidados si en él existe un buen médico, y al revés en un buen plan de salud, un mal médico ofrece malos cuidados. Parece que la confianza en el médico varía según el sistema por el que éste cobra. El 60% de los ciudadanos americanos creen que su médico se preocupa más por sus problemas si le pagan directamente.

En USA *los enfermos desearían que sus médicos sean* (38):

- Altruistas: empáticos y compasión en cuidar los enfermos, comprometidos en los valores-actitudes éticos del cuidado médico.
- Conocedores de las obligaciones legales: preceptos ético-sociales, etc. y actuando siempre con integridad y honestidad.
- Hábiles y amables.

En general *los enfermos americanos quieren que sus médicos* (39, 40):

- los respeten: que se comporten con ellos como compañeros,
- los entiendan: que asuman su cultura, su identidad,
- los escuchen: que tengan habilidades para comunicación,
- los eduquen: que la relación se centre en ellos y sus conocimientos,
- les sirvan: que sean grandes profesionales y eficaces.

Se ha señalado que el médico debe ser las tres A: *able* (capaz), *afable* (afectuoso), *available* (disponible).

Se han realizado algunos estudios entre diabéticos para conocer qué esperan los enfermos de sus médicos (38). Fundamentalmente lo siguiente: Calidad técnica; que tengan conocimientos y habilidades de experto. Ello supone que traten bien y rápidamente los problemas identificados, y de forma lógica y sensata los no identificados. También esperan que se encarguen de controlar todas las posibles complicaciones de la enfermedad. Además que les presten atención : les escuchen, respondan a sus preguntas, les informen, les pregunten y que se interesen por los resultados.

En una encuesta realizada entre “consumidores” en un Hospital de la Administración de Veteranos, el 40% señalaba que valoraba los conocimientos médicos y la competencia, y el 28% que tuviera habilidades de relación interpersonales y capacidad de comunicación.

Un estudio realizado por la Fundación de Cuidados de Salud en California ofrece como resultados: 87% un médico que te escucha. 75% un médico que te ofrece toda la información que necesitas. 70% tiene experiencia y competencia y 58% el tiempo que no tarda en darte cita

También se ha analizado qué tipo de información suelen requerir los enfermos. En general es aquella que les ayuda a tomar decisiones, aquella que le aporta información para los cuidados, que les sirve de guía y favorece conocer los factores que influyen en los cuidados (39).Algún trabajo nos informa de dónde procede la información que posee el enfermo, específicamente cuando padece un tumor maligno, en el 70% de los casos vino del médico ,en el 67% de la *American Cancer Society*, 53% de amigos, 43% de otros usuarios, 41% de asociaciones médicas, 34% del *employer*, 28% del hospital, 21% agencias del gobierno, 18% del plan de salud (37). Es decir médico o Instituciones sanitarias son claves en la información.

El nuevo modelo de médico

Este modelo de práctica clínica centrada en la persona exige del médico nuevas responsabilidades. Entre las más importantes estarían:

— *Debe cambiar su relación con el enfermo, ser mas su asesor y valorar más las percepciones del enfermo.* El médico debe dar respuesta a lo que se ha llamado el usuario informado (papel de informmediario-comunicador) .Pero el reto no acaba ahí, lo que la sociedad demanda es que ayude a que la mayor parte de sus miembros estén informados (35, 41).

El nuevo modelo de práctica clínica disminuye la capacidad de decisión del médico y aumenta el de orientación. Por ello debe ser capaz de explorar y profundizar en las preocupaciones no expresadas por el enfermo. En las sociedades occidentales ricas, ante la gran oferta de cuidados, el médico debe ayudar a seleccionar las ayudas y a coordinar su ejecución (17, 23, 35, 41).

— *Debe desarrollar nuevas capacidades en la esfera de la comunicación.* Es clave que se comunique de forma adecuada con los enfermos. Que domine la comunicación verbal y no verbal.. Para ello adquiere mucha importancia la empatía, la cordialidad, etc... (12, 42).

— *Debe implicarse más en los temas de eficacia y seguridad,* es decir, en la calidad en la práctica clínica que realiza. La calidad de la práctica médica es un concepto que se está iniciando, pero que va a adquirir un desarrollo futuro importante . Los gestores han hecho un especial énfasis en cuantificar la actividad, en medir los procesos. Ahora hay que realizar un esfuerzo más complejo, no se trata de cuantificar, es decir lo que se hace por unidad de tiempo, sino definir los aspectos cualitativos de aquello que se hace; diseñar sistemas de valoración y definir estándares, lo que es infinitamente más complejo. También debe comprometerse con una práctica médica más segura, anticiparse a los errores médicos. Los errores médicos son causa de 44.000 a 98.000 muertos cada año en los EE. UU. Hay más muertos por error médico que por cáncer de mama, SIDA, o accidentes de circulación. El error surge porque el sistema de cuidados falla. Anticiparse al error, preverle supone diseñar un sistema de cuidados más seguro.

Pero también es importante separar los conceptos de error y negligencia. Han crecido juntos, probablemente porque, como ya hemos comentado, han derivado de la idea que el médico era infalible. Es preciso señalar que los errores médicos muchas veces se producen en base a equivocaciones elementales que pueden fácilmente corregirse. Un número importante de extremidades inferiores sanas han sido extirpados simplemente por un error en la señalización. Otro tanto sucede con práctica de transfusiones incompatibles o con la administración de medicación a enfermos a los que no se les había indicado.

— *Ha de ser competente y además estar dispuesto a demostrarlo.* Se debe garantizar la capacidad del médico: Poner en marcha sistemas de acreditación y re-acreditación. Los médicos son profesionales que han invertido mucho en su formación y que en ocasiones reciben poco de la sociedad a la que sirven. Sin embargo hay que decirles, sin vacilaciones, que en nuestro siglo no es aceptable un médico que habiéndose titulado a los 24 años, sea considerado por la sociedad como competente hasta los 65 años, sin ningún control ulterior (27). La ciencia médica varía demasiado deprisa para aceptar que un profesional que no combine su actividad clínica con sistemas de formación continuada, pueda mantener su capacitación; esa situación le coloca en un alto riesgo de dejar de ser un profesional experto (43, 44).

— *Debe ser capaz de rendir cuentas, explicar lo que hace y por qué lo hace,* lo que los americanos llaman *accountability* (45-46).

Hay ciertas características en el médico que tienden a asegurar que el proceso de cambio será fructífero. Entre ellas se encuentra su tradicional altruismo-generosidad, su capacidad para auto-controlarse, la integridad-honestidad, el ser un trabajador infatigable, buscar la excelencia y su disposición a rendir cuentas.

Cambios en el médico como profesional. El proyecto de Profesionalismo Médico

En respuesta a que se haya cuestionado la profesión ha surgido el movimiento del profesionalismo (47, 48, 49). Se inició en EE. UU. y Canadá en respuesta a la situación previa, aproximadamente en los años 80. Como todos los “-ismos”, –altruismo, amateurismo, etc.– resulta ser casi una “cultura” que se plantea que las actividades de los profesionales médicos trascienden al acto científico. De alguna manera sustenta las ideas de R. M. Kidder de que no sobreviviremos al s. XXI con la ética del s. XX. Plantea una especie de principio volteriano: la medicina es una profesión moral en la que los profesionales no sólo deben hacer bien su trabajo sino hacer el bien. Voltaire decía: *hacer el bien y hacerlo bien*. En esencia subraya que los médicos, que desde los tiempos de Hipócrates han sido capaces de establecer códigos de conducta en los que voluntariamente han limitado sus propios poderes o derechos, deben reutilizar esa fórmula para ofrecer a la sociedad actual una forma nueva de relación. Se pretende traer al s. XXI el antiguo código Hipocrático actualizado a nuestra situación actual. (51, 52, 53).

Los propios médicos entienden que la fórmula puede ser un contrato social. (54, 55, 56). Ha habido otros muchos a lo largo de la historia de la Humanidad, especialmente notable fue el propuesto por J.J. Rousseau. Sería un contrato establecido como “entendimiento moral”, es decir, no requiere firmas y está sujeto a adaptaciones, pero se entiende que trata de conectar con la realidad.

En este sentido, tres instituciones que tienen una presencia importante en el mundo de la medicina, la Fundación del *American Board of Internal Medicine* (ABIM) la Fundación del *American College of Physicians* y la *European Federation of Internal Medicine* han elaborado el *Medical Professionalism Project*. (57, 58, 59, 60). Este contrato social reconoce al enfermo *tres principios fundamentales* y a la vez que el médico adquiere otros *diez compromisos*. Se supone que los médicos que lo acepten tienen los valores del profesionalismo como modelo de referencia, entendiendo a los modelos como entidades abstractas pero con gran capacidad para condicionar conductas y actitudes:

Principios y compromisos

Principio Primero: Altruismo

Se resume al establecer que la primacía de las actuaciones médicas es el bienestar del paciente. No debe entenderse como una generosidad vacía sino que todas las decisiones médicas deben establecerse en base a ser del mayor interés para el enfermo.

Principio Segundo: Autonomía

Expresa que la decisión corresponde al enfermo, pero no sólo ello sino que el médico debe ayudarle en esa toma de decisiones.

Principio Tercero: Justicia social

Supone el compromiso de no discriminar por ningún concepto. Tampoco finalizan ahí sus contenidos, pues aunque el médico tiene en la distribución de los recursos sanitarios disponibles un papel menor, supone que éste debe comprometerse en ellos y además reconoce el derecho de los ciudadanos a recibir unos cuidados sanitarios dignos.

Los *diez compromisos* aludidos se adquieren en relación con diferentes instancias. El *primero* se adquiere con uno mismo y tiene como meta el *mantener la competencia*. Supone la obligación de mantenerla durante toda la vida profesional y además ser evaluado.

Los siguientes compromisos se adquieren en relación con el enfermo. El *segundo* de ellos es la *confidencialidad*. Supone mantener reservada la información que el médico adquiere acerca del enfermo. Este compromiso tiene sus límites especialmente en el interés o importancia pública de la información disponible (casos de contagios, etc.), o las limitaciones judiciales.

El *tercero* de los compromisos es de *honestidad*. El término es muy amplio y supone aspectos tan variados como informar al enfermo con la verdad, y también de los posibles errores cometidos, y además haciéndolo pronto y de forma completa. Pero no sólo ello, implica facilitarle que pueda decidir en temas de su salud.

El *cuarto* compromiso reside en establecer una *relación adecuada con el enfermo*, lo que lleva implícito reconocer que en la relación él es el débil, y además no explotarle en ningún terreno. La ambición del compromiso es tal que lleva implícito que el acto médico nunca tiene como meta el ganar dinero. No implica que con él no se pueda ganar pero expresa que en ningún caso ese será su justificación

Los siguientes compromisos se establecen **con la sociedad**.

El *quinto* compromiso se refiere a la *responsabilidad profesional*. Expresa que el médico acepta controles externos sobre sus actividades, acepta en participar en la regulación de sus propios derechos. No se limita sólo a ello sino que colaborará en establecer estándares que permitan valorar tanto su actividad como su formación, y con él se compromete también a participar en los procesos de evaluación.

Con el compromiso *sexto* el médico se implica en *aumentar los conocimientos científicos*. El médico se compromete a promover la investigación y a difundir sus conocimientos. Debe enseñar a otros profesionales y además adquiere el compromiso de asegurarse de que el uso que se hace de esos conocimientos es adecuado. Esa utilización adecuada incluye también a las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

El *séptimo* se adquiere con la sociedad para *mejorar la calidad de los cuidados*. Ello supone optimizar el uso de los recursos disponibles, evitar los abusos y el mal uso en general. Implica trabajar para la mayor seguridad del enfermo y disminuir los errores médicos, y también desarrollar e impulsar actividades tendentes a que la práctica clínica tenga una máxima eficacia. Incluye colaborar con otros profesionales para mejorar actuaciones y evitar errores.

El *octavo* se orienta a *favorecer la accesibilidad de los enfermos a los cuidados*. Por él el médico se implica en disminuir las barreras para que el acceso a los cuidados sea más fácil, y eliminar los retrasos asistenciales injustificados.

El compromiso número *nueve* implica al médico en una *distribución más justa de los recursos*. En una visión amplia, el compromiso supera las posibilidades del médico pero en la faceta que le es más próxima, se implica en trabajar de forma costo-eficiente y a no utilizar técnicas o recursos superfluos, lo que supone una distribución más justa de ellos.

Y por último, el *décimo* hace referencia a la *exigencia que el médico adquiere al declarar los conflictos de interés*. Ello supone, en primer lugar reconocer que en nuestra sociedad estas situaciones no sólo existen sino que son frecuentes, y en segundo lugar comprometerse a que en caso de existir se hagan públicas.

Pronóstico del síndrome

No cabe ser demasiado optimista respecto a su resolución. Tal vez el pronóstico no debería hacerse explícito. Es así porque los resultados dependen de muchos y diversos factores difíciles de controlar. (10, 61, 62). Mi reflexión va por el hecho de señalar de que:

- Es difícil saber qué proporción de los médicos van a preferir el profesionalismo al oficio.
- Qué parte de la sociedad va a preferir resultados técnicos inmediatos a una relación de ayuda sobre bases humanas, que es lo que debe ser la relación médico-enfermo.
- Es difícil definir qué colectivos, al margen del médico, estarán dispuestos a asumir sus propias responsabilidades para que el síndrome se limite.
- Qué recursos la sociedad está dispuesta a aportar para que la práctica médica alcance los niveles de excelencia que se persiguen.

Lo realizado hasta ahora ha sido importante. El código sobre profesionalismo médico fue publicado en el año 2002 simultáneamente en *Annals of Internal Medicine*, *Lancet* y el *European Journal of Internal Medicine* (57, 58, 59, 60). Desde entonces, ha sido traducido a todas las lenguas importantes del mundo, ha sido publicado en más de 50 publicaciones científicas y ha sido suscrito por más de 150 instituciones científicas del más alto nivel mundial. (63, 64).

No puede dudarse de que el documento ha alcanzado objetivos importantes (65, 66, 67). Entre ellos:

- Ha clarificado la relación médico enfermo y probablemente en los países en los que se está aplicando ha aumentado la confianza del enfermo-sociedad en el médico.
- Ha favorecido el desarrollo de una forma de práctica clínica centrada en el enfermo.
- Ha abierto un diálogo social sobre este importante tema y estimulado estímulos sobre el tema (68, 69, 70, 71)
- Ha permitido que estos contenidos se enseñen en muchas facultades de Medicina de EE.UU. y Canadá. En este momento se diseña un plan para que sus contenidos se evalúen como competencias a la hora de re-certificar y facilitar el ejercicio profesional en EE.UU.

Probablemente ha facilitado la toma de decisiones referidas a temas de salud para gestores, políticos, etc.

Nuevos enfoques en la terapéutica

Las instituciones implicadas en este proyecto se han planteado su desarrollo en una *segunda fase*, avanzando y profundizando en sus contenidos. Las decisiones tomadas orientan a considerar que el formato de Contrato Social ha sido importante porque ha encuadrado el documento de forma aceptable pero es preciso buscar una implicación mayor por parte de la sociedad, por lo que un nuevo documento se planteará como Alianza médico-sociedad, por la que esta colabora en sustentar el contrato social. También se propone ampliar sus metas, no sólo se quiere aumentar la confianza del enfermo en el médico, sino favorecer los logros respecto a la salud en la sociedad.

Para ello, en la próxima fase se abordarán las responsabilidades que la sociedad debe adquirir. Explicando que el médico busca esa colaboración imprescindible para alcanzar los objetivos. Bajo estas condiciones es imprescindible contar con la opinión de los enfermos o mejor de los ciudadanos, supuestos beneficiarios del contrato. No puede hablarse de práctica médica centrada en el enfermo-ciudadano sin considerar sus expectativas en términos de salud.

Es posible que esa fase preceda *a una tercera* que tenga como meta definir la Carta de los Derechos Humanos de la Salud. Ese debería ser su título porque el acento de la relación de e orientarse como objetivo primordial a preservar la salud, y en caso de haberla perdido, a recuperarla. Su contenido se orientaría, no a los pacientes sino a los ciudadanos. Debe implicar no sólo a los médicos sino a otras profesiones sanitarias altamente comprometidas en el problema, y también a la sociedad en su conjunto: especialmente a gestores de industrias directa o indirectamente relacionados con la sanidad, políticos, empresarios, etc. Ellos deben ser también protagonistas de esta Carta. En ella deben definirse derechos, pero también obligaciones o responsabilidades. No es pensable un mundo más sano sin compromisos globales en los que se impliquen los que contaminan, producen o manipulan alimentos, diseñan estructuras higiénicas, etc.

A modo de borrador esbozo algunas ideas de lo que podrían ser los contenidos de esa Carta.

Derechos humanos para la salud

Deberes de los profesionales sanitarios:

- Cumplir el papel de sanador
- Garantizar su competencia a la sociedad
- Ofrecer un comportamiento altruista a sus pacientes.
- Realizar su práctica clínica con honestidad, integridad y moralidad.
- Estar dispuesto a rendir cuentas.
- Transparencia y apertura: declarar los conflictos de interés.
- Ser fuente de consejo objetivo.
- Promover el bien público en términos de salud.
- Comprometer a un uso adecuado de los recursos de salud disponibles y a su distribución justa.
- Desarrollar los conocimientos científicos.
- Compromiso de compartir ese conocimiento.

Derechos de los profesionales sanitarios:

- Autonomía.
- Autorregulación.
- Disponer de suficientes recursos sobre la salud.
- Apoyo para proseguir un desarrollo profesional.
- Ser considerado en las políticas de salud pública.
- Monopolio.
- Tener el derecho de actuar de acuerdo a sus propias creencias.
- Desarrollar la investigación dentro de los límites éticos.
- Participar en una distribución justa de los recursos sanitarios disponibles.
- Respeto profesional.
- Remuneración y reconocimiento razonables.

Derechos de los ciudadanos:

- Recibir alta calidad de cuidados.
- Igualdad: no discriminación.
- Autonomía.

- “Nosequé”, información sobre la enfermedad.
- Protección contra la prolongación artificial de la vida.
- Confidencialidad.
- Protección contra los abusos del personal o de las instituciones sanitarias.
- Información sobre errores médicos o los riesgos para la salud pública.
- Acceso a los documentos personales relacionados con la salud.

Responsabilidades de los ciudadanos

- Uso adecuado de los recursos sanitarios facilitados.
- Mantener una relación de colaboración con los profesionales de la salud.
- Generosidad hacia otros miembros de la sociedad.
- Evitar la diseminación de las enfermedades.

Derechos de la sociedad

- Obtener una colaboración activa de todos sus miembros en soporte de sus actividades institucionales y proyectos.
- Velar por un uso adecuado de los recursos sanitarios por parte de sus miembros.
- Obtener una colaboración activa de los profesionales de la salud para su desarrollo.
- Establecer las reglas, normativas y controlar las actividades orientadas a la prevención de las enfermedades y a los cuidados sanitarios.

Responsabilidades de la sociedad

- Preservar la salud de sus ciudadanos.
- Ofrecerles unos cuidados sanitarios de calidad.

Mantener un debate continuo sobre los principios éticos necesarios para el desarrollo de los cuidados de la salud.

Epílogo

Es posible que algunas de estas últimas reflexiones correspondan a lo que los autores de habla inglesa denominan el *wishfull thinking* pero sin duda son una excelente oferta para que se promueva una sociedad mas sana o resuelva mejor la enfermedad y que recoja los mejores valores de las sociedades avanzadas.

Bibliografía

1. BURKE E. *There is only ethics*. <http://www.globalethics.org.coorp.keynotes.h.tartasus.org>
2. LAÍN P. *El médico y el enfermo*. Editorial Guadarrama, Madrid 1969.
3. LÓPEZ PIÑERO J.M., GARCÍA BALLESTER L. *Introducción a la medicina*. Ariel, Barcelona 1971. Editorial Argón, Madrid 2003, págs. 33-55.
4. MERINO J, GIL VF, CUADRADO JM. De los signos al diagnóstico. *Manual de metodología de trabajo en Atención Primaria*. Eds, Gil VF, Merino J, Quirce F, Orozco D. Ed Universidad de Alicante 1997, pag801-861
5. LAÍN ENTRALGO L. *Estudios de Historia de la Medicina y la antropología médica*. Tomo I. Ed. El Escorial. Madrid 1943.
6. LAÍN P. La salud y la enfermedad en: Carmena R., Dalmau M., Foz M. *Bases de la Medicina Interna*. Editorial Toray, Barcelona 1987.
7. SERNA A., *Concepto de Patología General*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, 1983.

8. MERINO J. *Programa de lecciones de patología General*. Universidad Miguel Hernández. [http: www.umh.es](http://www.umh.es)
9. GIL V.F., MERINO J. OROZCO D., QUIRCE F. Cumplimiento y automedicación en la práctica clínica. En: *Curso de relación médico-paciente*. Editorial Argón, Madrid 2003, pags 327-341.
10. MERINO J., GIL V.F. Relación médico-paciente: modelo tradicional y nuevos enfoques. En: *Curso de relación médico-paciente*. Editorial Argón, Madrid 2003, pags 1-33.
11. BLOCHE M.G. Clinical royalties and the social purposes of medicine. *JAMA* 1999; 281: 268-274.
12. VILAPLANA I. SERNA J. L. Relación médico-paciente. En: Gil V. Merino J., Orozco D., Quirce F. Eds. *Manual de metodología de trabajo en Atención Primaria*. Ed. Jarpyo. Madrid 1997 pág. 365-380.
13. IRVINE D. 17th Gordon Arthur Ransome Oration: patient-centred Professionalism. *Ann. Acad. Med.* 2004; 33: (6): 1-6.
14. KIMBALL H.R. Medical Professionalism; at a crossroads? *Eleventh Annual Coggeshall Memorial lecture*. University of Chicago. April 25th 2000.
15. CRUESS S.R., CRUESS R.L., JOHNSTON S.E. Professionalism: an ideal to be substained. *Lancet* 2000; 356: 156-159.
16. ORIOL I BOSCH A. *Reflexions sobre el Professionalisme*. IES 1998. www.iesalut.es.
17. JOVELL A.J., *El futuro de la profesión médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI*. Ed. Fundación biblioteca Joseph Laporte. Barcelona marzo 2001.
18. CRUESS S.R., CRUESS R.L., JOHNSTON S.E. Renewing professionalism: an opportunity for medicine. *Acad. Med.* 1999; 74: 878-84.
19. LAINE C.H., SOX H.C. Bringing professionalism to the best side. *Ann. Inter. Med.* 2004; 141: 735-736.
20. JOVELL A.J. El silencio de los pacientes. *Rev. Rol Enf.* 1999; 22: 507-510.
21. BOGARDUS S.T., HEIST D.E., BRADLEY E.H. Physicians' interactions with third-party payers. *Arch. Intern. Med.* 2004; 164: 1841-1844.
22. SULLIVAN W.M. *What is left of professionalism alter manager care?* Hastings Center Report 29. N 2. 1999; 7-13.
23. NEIGHBOUR R. *La consulta interior*. Versión española. J y C Ediciones. Barcelona 1998
24. LIFSHIRZ A.G. La revolución de la bioética. Su influencia sobre la ética médica. *Med. Int. Mex.* 2002; 1s (6): 307-312.
25. MALLIANI A. *La neutralità della scienza*.
26. MERTON R.K., READER G.G., KENDALL P.L. *The student-physician; introductory studies in the sociology of medical education*. Harvard University Press. Cambridge 1957.
27. IRVINE D. Standards and revalidation or certification. *Ann. Acad. Med.* 2004; 33: 1-5.
28. BALINT M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros básicos. Buenos Aires. 1961
29. TATE P. *The doctor's communication handbook*. Radcliffe Med Press 1994. Oxford.
COHEN J.J., GABRIEL B.A. Not just another business: Medicine's struggle to preserve professionalism in a commercialized world. *Am. Col. Obstet. and Gynrcol.* 2002; 100: 168-169.
30. DON PEPPERS, ROGERS M. *The one future: building relationship one customer at time?* 1997.
31. BOSCH A.O. *Crisis del profesionalisme: la solucio per la crisis*. Juny 2001.
32. EDWARDS N., CORNAZKY M.J., SIRVERSIN J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002; 324: 835-838.
33. DUNNING A.J. Status of the doctor-present and future. *Lancet* 1999; 354 suppl. 4-18.
34. JACOBS A.K., SMITH S.C., POPP R.L., LOSCALZO J. Ethics and professionalism. Can there be consensus? *Circulation* 2004; 110: 2278-2279
35. JOVELL A.J. Medicina basada en la afectividad. *Med. Clin. (Barc.)* 1999; 113: 173-175.
36. HELMS E. A lesson from the third year. *Ann. Inter. Med.* 2004; 141: 736-737.
37. HELMAN C. *Culture, health and illness*. Ed. Bright, Bristol 1986.
38. EISENBERG L. Disease and illness:distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult. Med. Psychiatry* 1977; 1; 9-23
39. APPLE D. How lay men define illness. *J. Health Soc.* 1960; 1; 219-225

40. KLEINMAN A. *Patients and Healers in the context of Culture*. University of California Press. Berkeley 1980
41. COMENTAL needs Wg. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Can. Meds.* 2000 Project. <http://rcpsc.Medical.org>
42. MEDINA E. Comunicación verbal y no verbal. En: *Curso de relación médico-paciente*. Editorial Argón, Madrid 2003, pags 33-55.
43. PENDLETON D., KING JENNIFER J. Values and leadership. *BMJ* 2002; 325: 1352-1359.
44. GENERAL Medical Council. *Revalidating doctors. Ensuring standards, securing the future*. London General Medical Council 2000.
45. DANIELS N. Accountability for reasonableness: establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *Brit. Med. J.* 2000; 321: 1300-1301
46. GENERAL Medical Council. *Good medical practice*. Ed. by General Medical Council. London 2002. (www.gmc-uk.org)
47. SULLIVAN W.M. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *Can. Med. Ass. J.* 2000; 162: 673-75.
48. DAVIDSON Ch. Charter on Medical Professionalism. Where do we go from here? *Eur. J. Inter. Med.* 2002; 13: 153.
49. CRUESS S.R., CRUESS R.L., JOHNSTON S.E. Professionalism and Medicine's social contract. *J. Bone and Joint Surg.* 2000; Vol. 82-A: 1189-1194.
50. KIDDER R.M. There is only ethics. www.globaletics.org/corp/keynotes.html.
51. AMERICAN College of Physicians: Ethics Manual. 4th edition. *Ann of Inter Med* 1998; 128: 576-594.
52. LEY 1/2003 de 28 de enero, de Derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana. *BOE* 48, pags. 7.587-7.595. 25 de febrero de 2003.
53. HAM C., ALBERTI K.G. The medical profession, the public and the government. *BMJ* 2002; 324: 838-842.
54. CRUESS S.R., CRUESS R.L. Professionalism: a contract between medicine and society. *Can. Med. Ass. J.* 2000; 162: 668-669.
55. GREGG A. Professionalism: refuge, risk and reward. *AAMC Annual Meeting* November 8th 2004.
56. PELLEGRINO E.D. Medical Professionalism: can it, should be survive? *J. Am. Board Fam. Prac.* 2000; 13: 147-149
57. ABIM Fountadion, Medical Professionalism in the new millennium: A Physician Charter. *Ann Inter Med* 2002; 136: 243-6.
58. ABIM Fountadion, ACP, EFIM.-Medical Professionalism in the new millenium: a physicians's charter. *Lancet* 2002;359:520-22
59. MEDICAL Professionalism in the new millenium: a physicians's charter, *Eur. J. Inter. Med.* 2002; 3-24-29.
60. ABIM, ACP, EFIM Profesionalidad médica en el nuevo milenio. Un Fuero Médico. *Rev. Clin. Esp.* 2002; 202: 8 y ss.
61. MERINO J. An internist view on ethics. Libro de abstracts *del 104th National Congress of the Italian Society of Internal Medicine*. Rome, nov. 2003.
62. QUILES I., SÁNCHEZ I., LÓPEZ L., PASTOR R., MARÍN J., MALLIANI A., MERINO J. Internist view on ethical problems in clinical practice. *XXVII World Congress of Internal Medicine*. Granada, 26 sep-1 oct. 2004.
63. BLANK L., KIMBALL H., McDONALD W., MERINO J. Professionalism in the new millennium: A Physician Charter, 15 months later. *Ann Inter Med* 2003; 138: 839-841
64. POPP R.J., SMITH S.C. ACCF/AHA Consensus Conference Report on Professionalism and Ethics. *Circulation* 2004, 110: 2506-2549.
MILLER W.R., ROLLNICK S. *La entrevista motivacional*. Ed. Paidós. Edición española. Barcelona 1999.
65. FRANCIS Ch.K. Professionalism and the Medical student. *Ann Inter Med* 2004; 141: 735-736.

66. SWICK H., SZENAS P., DANOFF D., WHITCOMB M. Teaching professionalism in undergraduate medical education. *JAMA* 1999; 282: 830-832.
67. SMITH R. Renegotiating medicine's contract with patients: the GMC is leading the way. *BMJ* 1998; 316: 1622-1623.
68. QUILES I., SANCHEZ I., MARTÍNEZ P., LLORENS R., CAÑIZARES A., MALLIANI A., MERINO J. Pharmaceutical Companies, Internists and Ethics. *XXVII World Congress of Internal Medicine*. Granada, 26 sep-1 oct. 2004.
69. QUILES I., SANCHEZ R., GOMEZ L., LOPEZ J.M., CARRATALA J., CAÑADAS A., MALLIANI A., MERINO J. Research ethical problems on the Spanish Internists view. *XXVII World Congress of Internal Medicine*. Granada, 26 sep-1 oct. 2004.
70. CHOUDHRY N.K., STELFOX H.T., DETSKY A.S. Relationship between authors of clinical practice guidelines and the Pharmaceutical Industry. *JAMA* 2002; 287: 612-617.
71. LUZMERER K. Instilling professionalism in medical education. *JAMA* 1999; 282: 881-882.