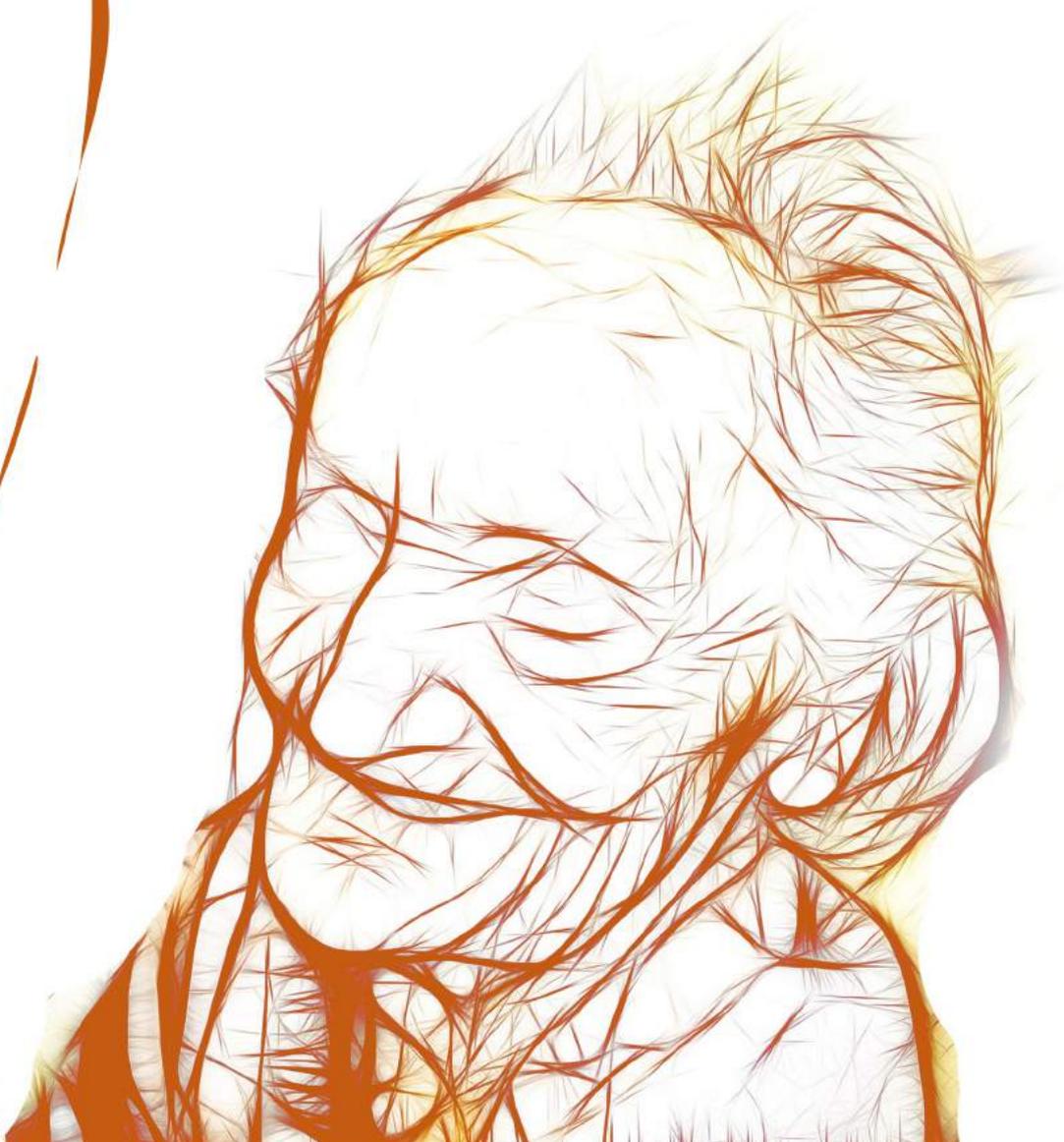


La Relación Médico Paciente

Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad



Foro de la Profesión
Médica de España



La Relación Médico Paciente

Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad

Foro de la Profesión
Médica de España



Con el respaldo de las organizaciones de pacientes:

Alianza General de Pacientes
Foro Español de Pacientes
Plataforma de Organizaciones de Pacientes

Julio 2017

Publica:

Foro de la Profesión Médica de España

Coordinador:

Patricio Martínez Jiménez

Editores:

Miguel Ángel García Pérez
Víctor Expósito Duque

Autores:

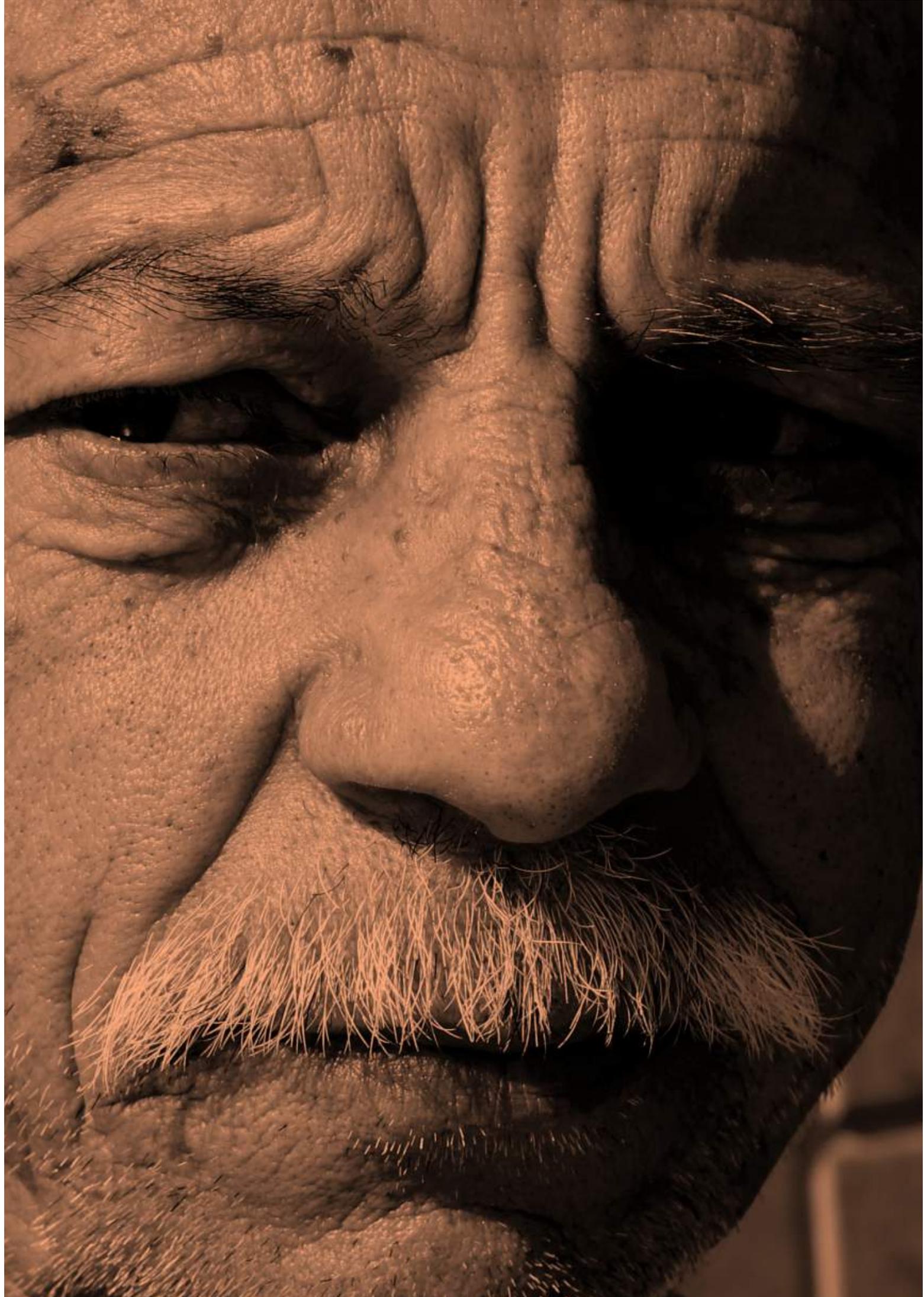
Grupo de Trabajo sobre Relación Médico-Paciente como Patrimonio Cultural:

- José Luis Baquero Úbeda
(Foro Español de Pacientes)
- Alejandro Callizo Silvestre
- Fernando Carballo Álvarez
(Catedrático de Medicina de la UM, Murcia. Presidente de FACME)
- Álvaro Cerame del Campo
(Médico. Máster Humanidades Médicas Kings College, London)
- Víctor Expósito Duque
(Médico. Investigador en Salud Intercultural en UTPL, Loja, Ecuador)
- Miguel Ángel García Pérez
(Especialista en MFyC. Doctor en Medicina. Secretario de Estudios Profesionales CESM)
- Juan Carlos Hernández Clemente
(Médico de Familia. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la UAM, Madrid)
- Luis Ángel Oteo Ochoa
(Profesor Emérito en la ENS, ISCIII. Asesor en OHSJD, Provincia de Castilla)
- Juan José Rodríguez Sendín
- Serafín Romero Agüit
(Especialista en MFyC. Presidente del CGCOM)
- Antonio Piñas Mesa
(Profesor en la Facultad de Medicina en la Universidad CEU-SP, Madrid)
- Juan Antonio Vargas Núñez
(Decano de la Facultad de Medicina de la UAM, Madrid)
- Patricio Martínez Jiménez
- Rafael Matesanz Acedos



ÍNDICE

Introducción	3
Fundamentos antropológicos e históricos	7
La transición hacia un nuevo modelo de relación médico-paciente	11
El nacimiento de una medicina más “personal” y socialmente situada	11
Una relación médico-paciente más horizontal y participativa	14
El Marco social de la enfermedad y de la práctica médica	19
Un nuevo profesionalismo	21
Beneficios y amenazas de la relación	25
Beneficios de la relación médico-paciente	26
Amenazas de la relación médico-paciente	27
Conclusiones	29
Referencias Bibliográficas	30
Otra Bibliografía de consulta	33
ANEXO 1: Objetivos del proyecto	37
ANEXO 2: El Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO	38
ANEXO 3: Legislación española al respecto del Patrimonio Cultural	40





INTRODUCCIÓN

Es probable que, en la historia de la Medicina, no haya habido un tema del cual se haya hablado tanto como del concepto de la *relación médico-paciente*, siendo el profesor Laín Entralgo quien, en nuestro país, más y mejor la ha estudiado. Esta relación es el encuentro en que dos personas, el médico y el paciente, se comunican entre sí, uno como “la persona enferma” y el otro como “persona capaz de prestar la ayuda” desde sus conocimientos técnicos y sus habilidades profesionales. Se trata de un modelo de relación humana que comenzó a practicarse desde los mismos orígenes de la humanidad, poniendo de manifiesto el instinto de auxilio que de alguna manera alberga nuestra especie.

Antes de continuar, sería bueno aclarar la opción por la expresión “relación médico-paciente”. Se ha argumentado que la asistencia sanitaria no se realiza en la intimidad de un encuentro entre dos, sino que de alguna manera se hace presente la sociedad en ella; que en la misma intervienen no sólo el médico y el paciente, sino también otros profesionales sanitarios y, en muchos casos, acompañantes del paciente que cobran también protagonismo en la relación; que no siempre quien acude está enfermo, y por ello se ha hablado de cliente, usuario, ciudadano...; o que el papel del paciente no siempre es pasivo, sino que muchas veces es, y debe ser, activo con respecto a su enfermedad; y que la utilización del término “enfermo” puede contribuir, sin pretenderlo, a una comprensión reduccionista de la experiencia vital de la persona que sufre la enfermedad. Asumiendo la verdad de todos estos planteamientos, seguimos sin embargo optando, en este documento, por la utilización de los términos “relación médico-paciente”,

“paciente” y “enfermo” por su larga trayectoria histórica y por el papel constitutivo que en el ser del médico tiene el encuentro con la persona enferma y en situación de vulnerabilidad, fuente de su compromiso profesional y la propia ética médica, y modelo de referencia para el resto de entornos asistenciales (preventivo, educativo, etc.) en que el médico puede encontrarse con quien se acerca a hacer uso de su disponibilidad y servicio, que es, al fin y al cabo, la actitud que pretendemos defender y promover.



DETALLE DE LA ESCULTURA DE
MAIMÓNIDES. JUDERÍA DE LA CIUDAD
DE CÓRDOBA (ESPAÑA)

Hay constancia escrita de la relación médico-paciente ya desde el Código de Hammurabi (año 1728 a.C.), relación que se desarrolló en la Antigua Grecia con un fuerte acento paternalista, puesto de manifiesto en el Juramento Hipocrático (460 - 347 a.C.), aceptado como fundamento intocable de la profesión por todos los médicos. Su compromiso con el paciente, mediante la confianza y el cultivo de los conocimientos adecuados, aparece de nuevo en la llamada Oración de

Maimónides (escrita en Córdoba en 1138):

“Haz que mis pacientes, tengan confianza en mí y en mi arte, que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja del lecho de mis pacientes a los charlatanes. Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión para ampliar cada vez más mis conocimientos ...” (Maimónides)

Con el Renacimiento y la Ilustración se producirá un salto importante hacia la profesionalización del ejercicio de la Medicina y, en 1803, el tratado de Ética Médica del médico inglés Thomas Percival será el origen del primer código institucional moderno, el de la Asociación Médica Americana.

Tras los avances científicos en el conocimiento de las enfermedades, y la consideración excesivamente empirista de la Medicina de los siglos XVII-XIX, Sigmund Freud, (1856-1939) se acerca al paciente a través del entendimiento de los actos mentales y de la subjetividad como componente fundamental de la persona. Esta concepción más holística, entiende al paciente como persona que necesita información, aumentando por tanto la comunicación, la escucha y la palabra como arma terapéutica, defendida por Michael Balint con posterioridad.

Varios hitos marcarán, durante el siglo XX, una nueva evolución en la relación médico-paciente: la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); el caso Martín Salgo y la obligatoriedad del Consentimiento Informado (1957), así como el reconocimiento, por el Tribunal de la Ciudad de los Ángeles de la información al paciente como un derecho de éste y no una mera obligación del médico (1969); la publicación de la Carta de Derechos del Paciente (1973), replicada en España en 1984 y, posteriormente, en la Ley

General de Sanidad de 1986; y el Informe Lalonde y sus réplicas destacando la existencia de determinantes sociales de la enfermedad. Se produce así una progresiva humanización de la relación clínica, tanto desde el reconocimiento del derecho al consentimiento informado y a la toma de decisiones del paciente, como desde la ampliación de la relación clínica y de la propia actividad asistencial al conjunto de la vida del individuo y no sólo a la dimensión de enfermedad. No es de extrañar, por tanto, que Diego Gracia considere que, en el último tercio del siglo XX, la forma de relacionarse el médico con los enfermos haya cambiado más que en los veinticinco siglos anteriores.

Laín Entralgo considera que la Medicina del siglo XX está profundamente marcada por la introducción en ella del sujeto humano, por el reconocimiento de la persona concreta que es el paciente. El acompañamiento y el cuidado se sitúan también como elementos fundamentales de la relación. Será toda una habilidad del médico sintonizar con el paciente y adaptar el estilo más adecuado de relación, para llevar a mejor puerto el proceso terapéutico con el paciente.

Cada vez se le da más importancia a la Medicina basada en la afectividad, en la que la relación médico-paciente está basada en el respeto y la confianza mutua, estando las decisiones centradas en el paciente informado y formado; a lo que el médico debe contribuir y para lo que es necesario entrenarse en habilidades de comunicación (March Cerdá, 2014).

Simultáneamente a todo ello se producen grandes cambios sociales, a partir de la lucha por los derechos individuales y sociales, que llevó a la aparición de los “Sistemas de Salud Pública”, con lo que comienza a



fraguarse una profunda transformación de la relación médico-paciente.

Es evidente que la relación médico-paciente, en sí misma, aporta una mejoría terapéutica indiscutible, acompañando el sufrimiento y el bienestar, mejorando la orientación diagnóstica y reduciendo la necesidad de pruebas complementarias. También contribuye de forma importante a una mayor y más consciente adherencia del paciente al tratamiento, una vez que éste se siente implicado y acompañado en la toma de decisiones. Sin embargo, la importancia de esta relación va mucho más allá de la visión utilitarista. Comprende, en sí misma, valor como elemento de intersubjetividad en la generación del conocimiento y como elemento humanizador. Es un acto de reconocimiento del otro como agente, es decir, sujeto con capacidad, moral y epistémica.

Es innegable que esta relación se encuentra amenazada, debido a la intersección de numerosas influencias de índole político, social, económico, industrial e, incluso, de la propia Medicina. Deberíamos preguntarnos,

por ello, si hoy la relación médico-paciente se encuentra en peligro, y si algunos cambios de nomenclatura que se proponen son sólo eso, cambios de la denominación, o si nos encontramos más ante un cambio conceptual que adúltere las características fundamentales de la misma.

No solo por las amenazas sino, sobre todo, por los enormes beneficios que aporta esta relación a las personas y al conjunto de la sociedad, que podrían estar en peligro, el Foro de la Profesión Médica de España, en la reunión de su Asamblea General del día 15 de junio 2016, aprobó por unanimidad la necesidad de promover la relación médico-paciente como **PATRIMONIO CULTURAL INMATERIAL DE LA HUMANIDAD**. El documento que presentamos quiere fijar las bases y plantear un punto de partida para ese largo pero interesante proceso que nos gustaría compartir con la sociedad en general, con las instituciones públicas y, sobre todo y como no podría ser de otra manera, con los propios pacientes, que son nuestra razón de ser médicos.



Obra "El doctor" exhibida en 1891 por el pintor inglés Samuel Luke Fildes (1843-1927)

©Tate, London 2014. CC-BY-NC-ND 3.0 (Unported) disponible en: <http://www.tate.org.uk/art/artworks/fildes-the-doctor-n01522>





FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS E HISTÓRICOS

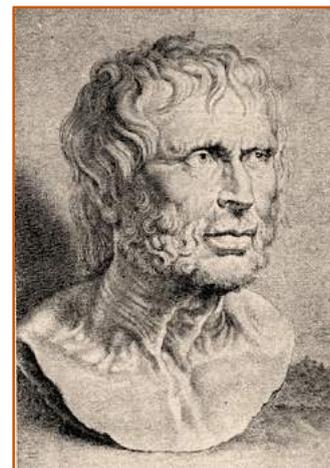
La relación médico-paciente se constituye a lo largo de la historia como una relación entre personas. De ahí que comprenderla en toda su riqueza hace necesario abordarla desde una doble perspectiva, antropológica e histórica, que nos acerque a su núcleo esencial y nos muestre, a la vez, los cambios a que se ha visto sometida.

El hombre es un ser en relación, su vivir es un con-vivir: con las cosas, las circunstancias y las personas, como había teorizado ya el mismo Hipócrates (Hipócrates, 1997). En ese proceso convivencial, la persona va llegando a ser lo que es como fruto de las interrelaciones a las que se ve expuesto, tanto desde la necesidad como desde la libre opción, y tanto en el ámbito de lo material (alimentos, agentes ambientales, productos, etc.) como de realidades inmateriales difícilmente mensurables (sensaciones, sentimientos, etc.). Este último intercambio de realidades inmateriales (de "vitamina P" -P de Persona-, como decía Laín Entralgo) se realiza, primordialmente, entre personas, dando lugar a lo que conocemos con el nombre de "relaciones interpersonales", entre las que se encontraría la relación médico-paciente, una relación que Laín ha considerado como de **"amistad técnicamente realizada"**.

Dicha relación comenzó a practicarse desde los mismos orígenes de la humanidad, y ha permanecido inalterada en su núcleo más profundo. Entendemos que se trata de una relación que se establece entre dos individuos, el que busca ayuda y el que puede ofrecérsela, éste último con la capacidad o saber para ejercer la curación, rehabilitar o, en el peor de los casos, acompañar el proceso de muerte. Cabe

incluirla bajo la etiqueta de **relación de ayuda** (del término *ad iuvare*, "procurar alivio"), y su procura de alivio será un aspecto nuclear, pues define el objetivo de esta **relación asistencial** (de *ad sistere*, *detenerse junto a otro*). Articulando ambos significados (asistencial y ayuda) en la relación médico-paciente, ésta quedaría definida por **un profesional que se detiene junto al enfermo y que pasa tiempo con él con la finalidad de procurar el alivio si está en sus manos, al alcance de su arte o de la terapéutica existente**. Se trata pues de una relación humanitaria y humanizadora.

Cuando en 1969 Laín escribe la obra "El médico y el enfermo" (Laín Entralgo, 1969), incluye en la primera página este significativo texto de Séneca (De beneficiis, VI, 16):



«¿POR QUÉ AL MÉDICO Y AL PRECEPTOR LES SOY DEUDOR DE ALGO MÁS? ¿POR QUÉ NO CUMPLO CON ELLOS CON EL SIMPLE SALARIO? PORQUE EL MÉDICO Y EL PRECEPTOR SE CONVIERTEN EN AMIGOS NUESTROS Y NO NOS OBLIGAN POR EL OFICIO QUE VENDEN, SINO POR SU BENIGNA Y FAMILIAR BUENA VOLUNTAD...»

A lo largo de los años esta relación ha sufrido cambios en su concepción y en los roles ejercidos por ambos actores (Kaba y Sooriakumaran, 2007; Lázaro y Gracia, 2006). En torno a la revolución neolítica (años 10.000 al 5.000 a.C.) se establecieron en toda la geografía terrestre grandes civilizaciones, en las que fueron apareciendo las llamadas **medicinas arcaicas**: sirio-babilónica, egipcia, china, iraní, israelita y prehelénica. De este modo, aparecen amparadas, bajo las distintas culturas, distintas formas de ayuda pretécnica, como la magia terapéutica, así como intervenciones empíricas no basadas en creencias espirituales, sino en la repetición de actos que son percibidos como favorables para el enfermo. Podemos destacar algunas de ellas:

- En la **cultura sirio-babilónica** aparecen el “*gallubu*”, anticipo del barbero-cirujano, de segundo nivel, y varios tipos de sanadores de mayor nivel y responsabilidad social, que cobraban honorarios; el Código de Hammurabi (1728 a.C.) regula los mismos, e incluye fuertes medidas sancionadoras para castigar los errores médicos.
- En la **cultura israelí** se hace a veces difícil distinguir la función sacerdotal y la médica, pues religión, moral y medicina se entrelazan íntimamente en la figura del médico-sacerdote, imbuido de un cierto poder.
- En la **antigua Grecia** culmina la configuración de la visión paternalista y comprometida de la relación médico-paciente, poniéndose de manifiesto en el Juramento Hipocrático (460-347 a.C.) una especie de compromiso ético destinado a ser aceptado como referente universal de la Medicina. Los médicos superan con ello el nivel artesanal y pasan a otro más intelectual y “profesional”, que abandona la visión mítica de la enfermedad y abre la puerta a una comprensión más

científica y realista. Destaca la importancia de la relación médico-paciente como clave del tratamiento, aunque entendida de una forma vertical y asimétrica, en la que el médico ordena -desde el respeto pleno a la persona del paciente- y éste se deja conducir hacia el bien. Platón (427-347 a.C.) considerará la relación entre médico y paciente como una relación de amistad y confianza.



CURA DE UNA LUXACION DE LA COLUMNA VERTEBRAL. PERI ARTHRON. BIBLIOTECA MEDICEA LAURENCIANA, FLORENCIA.

Con las invasiones germánicas se pierde en Europa Occidental la tradición grecorromana y se inicia la Alta Edad Media (siglos V-XII). Los saberes médicos quedan reducidos a los manuscritos que se conservan en los monasterios, y serán los monjes quienes conserven los escasos restos de la medicina clásica y dispensen la asistencia a los enfermos, desde valores específicamente cristianos, como el amor, la hospitalidad (que destaca la acogida como actitud) y la igualdad (“*ama a tu prójimo como a ti mismo*”). Se habla por ello de **Medicina Monástica**. La fundamentación científica de la Medicina retrocede, dejando paso a la

superstición milagrera y a la creencia en la providencia divina y el juicio de Dios.



UN GRUPO DE PACIENTES MUESTRA SU ORINA A CONSTANTINO EL AFRICANO

La Baja Edad Media (s. XI-XVI) va a suponer un inicio de recuperación de la cultura grecorromana, fundamentalmente a través de la traducción de textos clásicos y la aparición de la universidad como institución, dando lugar a la llamada **medicina escolástica**.

A finales del siglo XV, con el Renacimiento, e intensificado posteriormente por la Ilustración, se inicia un proceso de secularización de la sociedad y la cultura occidentales, junto a una maduración intelectual y política de las mismas, que se acompaña de un importante progreso tecnicientífico. De esta forma se produce un salto de gigante hacia la profesionalización del ejercicio médico, que se plasma en la creación de instituciones como el *Royal College of Physicians* inglés.

En 1803, el médico inglés Thomas Percival escribe un tratado de ética médica que inspirará uno de los documentos fundacionales de la Asociación Médica Americana en 1847, el *Code of Medical Ethics*, convirtiéndose así en el **primer código institucional de ética médica** (Riddick, 2003). Persiste la idea de superioridad moral del médico, que le da la autoridad profesional para inspirar en los pacientes gratitud, aprecio y confianza. La ética va dejando de ser individual para transformarse en colectiva (ética profesional), con códigos y sanciones.



LECCIÓN DE ANATOMÍA DEL DR. WILLEM VAN DER MEER, POR EL PINTOR HOLANDÉS MICHEL JANSZ. VAN MIEREVELT (1617)





LA TRANSICIÓN HACIA UN NUEVO MODELO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

EL NACIMIENTO DE UNA MEDICINA MÁS “PERSONAL” Y SOCIALMENTE SITUADA

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, la asistencia sanitaria se realiza de forma desigual: los pacientes con mayores posibilidades económicas son atendidos a demanda en sus domicilios y pueden ejercer un cierto control sobre el proceso asistencial debido al pago de la correspondiente minuta; pero el resto de la sociedad (la mayoría) sólo tiene acceso a los hospitales de la época, instituciones a modo de hospicios que, con espíritu caritativo, atendían a los pacientes pobres y desahuciados a la par que surgen centros de confinamiento hospitalarios como “La Salpêtrière” de París (módulo dentro del “Hospital General para el Internamiento de los Pobres y Vagabundos de París” donde se recluían a las mujeres que habían sido denunciadas por sus maridos o padres) o el caso de las “workhouses” británicas donde se internaba a los pobres a cambio de duras condiciones de trabajo.



LECCIÓN CLÍNICA EN LA SALPÊTRIÈRE (1887), DEL PINTOR PIERRE ANDRE BROUILLET. MUSÉE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. UNIVERSIDAD DESCARTES. PARÍS (FRANCIA).

Son precisamente estos hospitales los que se convierten en caldo de cultivo del impresionante avance que, en el campo del **conocimiento del cuerpo humano**,

la fisiología y el desarrollo de nuevas técnicas se estaba produciendo en el ejercicio de la Medicina. Los avances en microscopía y el inicio de la microbiología y la patología celular tuvieron como consecuencia el definitivo destierro de las teorías humorales de enfermedad; la anestesia y la asepsia abrieron las puertas al desarrollo de la cirugía, y los antibióticos, más adelante, extenderían el control de las enfermedades infecciosas que ya había comenzado a controlarse, al menos a nivel poblacional, mediante prácticas preventivas.

Ello dio origen a la **institución hospitalaria** tal y como la conocemos hoy, que poco a poco se ha ido constituyendo en el moderno “templo” del conocimiento y la práctica médica. Se refuerza así el prestigio profesional, a la vez que, por el fraccionamiento y la objetivización del conocimiento médico, se va produciendo progresivamente la llamada “**desaparición del sujeto**” de la práctica clínica cada vez más empirista y fisicista.¹

Sin embargo, su enfoque quedaba ensombrecido por la precariedad a la hora de comprender las enfermedades mentales. Por ello, también se comienza a gestar la llamada “rebelión del sujeto”

¹ *The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology* (Jewson, 1976). Otros elementos que pueden ser tenidos en cuenta son *El nacimiento de la clínica* (Foucault, 1978) y *The Western Medical Tradition: 1800-2000* (Bynum, 2006).

(el paciente, en efecto, va a protestar contra el hecho de que, siendo él “persona”, “sujeto” dotado de inteligencia, intimidad y libertad, se le trate técnicamente cuando está enfermo como puro “objeto”), en una doble dimensión que llevará a la “**introducción del sujeto en Medicina**”(Laín Entralgo, 1964):

Por un lado, en la **dimensión personal**, aparece la Antropología Médica con la obra de V. von Weizsacker y O. Schwarz (entre otros), a partir de una crítica al impersonalismo del positivismo médico y a su incapacidad para comprender la dimensión subjetiva del ser humano. Con Sigmund Freud, el método psicoanalítico se convierte en punto de partida y fundamento de una nueva **medicina centrada en el enfermo**, una Medicina personal que, frente a los intentos por encontrar una base anatomopatológica a enfermedades mentales como la histeria, camina hacia la psicologización de la neurosis y, con ello, al reconocimiento de la biografía del paciente como el ámbito natural en que se desarrolla cada caso de enfermedad.

Por otro, en su **dimensión social**. En Europa se había venido generando una clara conciencia de la Medicina como Ciencia Social (Virchow, Grotjanhn y el movimiento conocido como Reforma Médica)², que reconoce el interés social

de la Medicina y la importancia de las medidas sociales en la lucha contra la enfermedad. Se ocupará de investigar las circunstancias sociales y médicas de determinados grupos humanos para establecer relaciones causales entre ellas y la existencia de enfermedad, y propondrá medidas que puedan prevenir o disminuir las enfermedades con esta etiología. El **Informe Lalonde** (1974), reforzará esta visión, definiendo unos “**determinantes sociales de la enfermedad**” que se manifiestan como el factor de mayor peso en el estado de salud y el nivel de mortalidad de una población, incorporándose el concepto de prevención, al que se unirá, tras la conferencia de Ottawa (Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986), el de promoción de la salud, apuntando ambos, entre otras cosas, a los hábitos de vida de las personas y las comunidades humanas.

Se irá extendiendo por ello la percepción de que la Medicina, además de saber científico, al mismo tiempo es una profesión, una actividad humana con unos rasgos sociales muy acusados. Su finalidad es social: la ayuda al semejante enfermo. Y aparece la idea de la existencia de enfermedades psico- y socio-somáticas, mostrando que la atención a los aspectos personales y sociales es parte inexcusable de cualquier práctica clínica y que el diálogo con el paciente es una herramienta básica en la actividad asistencial.

² Para profundizar en esta corriente recomendamos dos entradas de este blog de historia de la medicina:

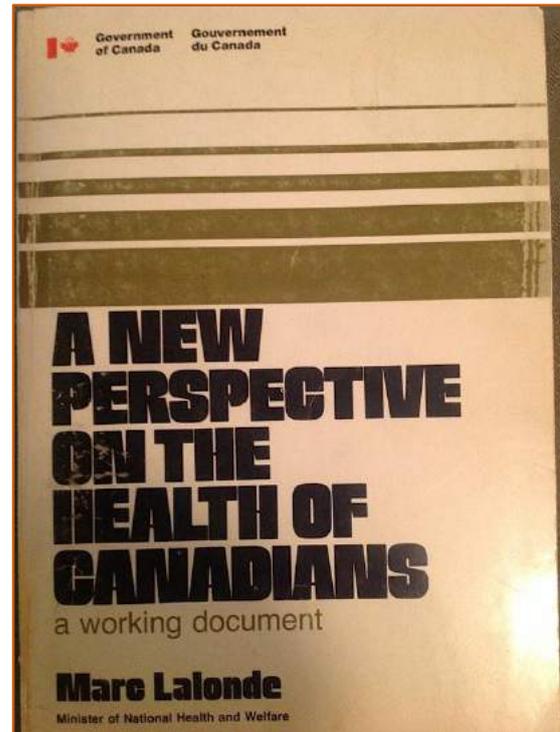
www.historiadelamedicina.org/virchow.html

www.historiadelamedicina.org/HM/8_4.html

Además se puede ampliar con el libro “De la policía médica a la Medicina Social” escrito por Rosen (1985). Además, el libro “The Social Medicine Reader” recoge la tradición Virchowviana en la Medicina Social (Henderson, 1997).



Aparece así la **individualidad del paciente** (*"no hay enfermedades, sino personas que enferman"* V. Krehl³ en 1928 (citado en Orringer, 1997)), y la consideración de que la historia clínica es siempre la historia de un enfermo (Siebeck), que así se convierte en un elemento clave para comprender la enfermedad en el individuo que la sufre (Ortega y el desarrollo actual de la llamada Medicina Narrativa⁴). El hecho de que prevención de la enfermedad y promoción de la salud se incorporen al marco de la atención sanitaria harán que ésta amplíe su campo de acción más allá de la enfermedad, abriéndose a la totalidad de la vida de la persona, con el (con el riesgo evidente de medicalización de la vida, pero también con la oportunidad de humanizar la Medicina).



MARC LALONDE ERA MINISTRO DE SALUD Y BIENESTAR DE CANADÁ EN 1974 CUANDO SE PUBLICÓ "UNA NUEVA PERSPECTIVA SOBRE LA SALUD DE LOS CANADIENSES" MÁS CONOCIDO COMO INFORME LALONDE.

³ L. von Krehl, fisiopatólogo, transitó hacia un paradigma antropopatológico. La conferencia "Krankheits form und Persönlichkeit" (Forma de la enfermedad y personalidad), dictada en 1928 puso de manifiesto esa paulatina mutación de Krehl. En ella proclamó la necesidad de hacer una medicina simultáneamente basada en las «ciencias de la naturaleza» y en las «ciencias del espíritu», y valoró muy positivamente el psicoanálisis, desde el punto de vista de la medicina interna. La frase en cuestión la toma prestada del filósofo neokantiano H. Rickert quien fue compañero suyo en Heidelberg. En la obra de Rickert titulada "Kulturwissenschaft und Naturwissenschaft" (Sobre las ciencias de la cultura y las ciencias naturales) hay un pasaje donde afirma "el buen médico sabe que no hay "enfermedades" sino solo "enfermos"..." Este pasaje lo recoge D. Gracia en "El hombre enfermo como realidad personal" (Gracia, 1972).

⁴ Sobre Medicina Narrativa se puede consultar el libro compendio de Greenhalg y Hurwitz (1998) o el influyente libro de Rita Charon y cols. (2016).

UNA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE MÁS HORIZONTAL Y PARTICIPATIVA

El año 1973 puede tomarse como símbolo de una nueva “rebelión de los pacientes”. En esa fecha, la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera **Declaración de Derechos del Paciente**, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre. Dicho documento es tributario de una larga trayectoria previa, cuyos hitos más importantes son los siguientes:

Desde la perspectiva del individuo, la autonomía del paciente en la toma de decisiones había sido ya reconocida por primera vez en la paradigmática **sentencia del juez Cardozo** en el caso *Schloendorff vs Society of New York Hospital* (1914), y más adelante (1957), el **caso Martin Salgo** (que había quedado parapléjico tras una intervención lumbar y denunció al cirujano por no haberle informado de ese posible resultado) estableció la obligatoriedad del consentimiento informado como proceso necesario para hacer posible una verdadera toma autónoma de decisiones por parte del paciente; en esta misma senda, la sentencia del Tribunal de la ciudad de Los Ángeles (1969), en el **caso Berkey contra Anderson**, estableció la información a los pacientes como un derecho de éstos, en lugar de considerarse solamente como un deber profesional del médico.

Paralelamente, la devastación y los horrores de la II Guerra Mundial tuvieron como consecuencia la promulgación de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948**, que configuraría uno de los pilares fundamentales del entendimiento de los derechos y deberes de las personas, y las

declaraciones de Nüremberg (1947) y Helsinki (1964) en torno a la ética de la investigación clínica.

En este contexto, los **movimientos por los Derechos Civiles** fueron cobrando cada vez más importancia (en campos, por ejemplo, como la desigualdad de género, los problemas étnicos y raciales, los movimientos LGTB, la descolonización y la omnipresente lucha de clases, y en los que posteriormente se desarrollaron, como la Salud Mental⁵ y la discapacidad⁶) y contribuyeron a un paso de gigante con la aprobación de la ya citada **Declaración de los Derechos de los Pacientes (1973)**, y posteriormente con la publicación de los **Principios de Ética Biomédica** de T. Beauchamp y James F. Childress (1994), que trasponía al campo de la práctica médica lo ya asentado en el Informe Belmont (Department of Health Education and Welfare, 1979) para la investigación clínica, y se convertía en el arranque de la disciplina que hoy conocemos como Bioética.

En España, los derechos de los pacientes tuvieron que esperar hasta la Carta de Derechos y Deberes del Paciente (INSALUD, 1984) y la publicación de la Ley General de Sanidad (1986) para quedar normativamente establecidos. En 2002, muchos de esos derechos alcanzaron la consistencia que hoy tienen dentro de nuestro sistema

⁵ Para más información consultar: https://en.wikipedia.org/wiki/Psychiatric_survivors_movement

⁶ Para más información consultar: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/handbook-of-disability-studies/book10687>



LA UNIÓN DE PACIENTES MENTALES SE CREÓ EN LONDRES EN 1973 CON EL OBJETIVO DE OPONERSE A LA OPRESIÓN PSIQUIÁTRICA Y DEMANDAR, ENTRE OTRAS, DERECHO A RECHAZAR TRATAMIENTOS, LA ABOLICIÓN DE LOS TRATAMIENTOS IRREVERSIBLES COMO LAS CIRUJÍAS CEREBRALES Y EL DERECHO A CONOCER QUE TRATAMIENTOS ESTÁN RECIBIENDO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO.

sanitario a través de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y de las sucesivas leyes reguladoras de algunos derechos de los pacientes que fueron apareciendo posteriormente en las distintas comunidades autónomas.

La autonomía se introduce así como valor y principio nuclear de la relación asistencial, junto con la justicia, que refleja la preocupación social por una recta distribución de los recursos. Incorporándose a la tradición beneficiante de la Medicina (y su contrapartida, la no maleficencia), dan origen a los llamados “principios de la Bioética”, que tanto éxito han tenido en la reflexión sobre la ética de las relaciones sanitarias en las últimas décadas. Y se va configurando una nueva forma de hacer y ejercer la Medicina y, por tanto, de **desarrollarse la relación entre médico y paciente, en que éste último va cobrando mayor protagonismo;** además, las enfermedades agudas, vencidas poco a poco por el gran desarrollo de la Medicina en el siglo XX, reducen su mortalidad pero dan paso a las **enfermedades crónicas**, con un impacto más duradero sobre pacientes que cada

vez quieren ir siendo más dueños de su propia patología, en un contexto en que la perspectiva sobre la salud y la enfermedad va siendo más global y generando mayores expectativas; recuérdense a este efecto tanto la definición de salud que la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgaba en su constitución (OMS, 1948) y el nacimiento y desarrollo del nuevo paradigma bio-psico-social de la atención sanitaria.

La relación médico-paciente que se va configurando a lo largo de todo este proceso se encamina, no sin dificultades, hacia una relación en la que la toma de decisiones se realiza de una forma cada vez más centrada en y por el paciente. Si bien es cierto que se mantiene la conciencia de una, mayor o menor, asimetría de conocimientos técnicos entre médico y paciente, esta **asimetría cada vez tiene menor cabida en el plano moral**, donde el principal experto en los valores y preferencias del paciente es, sin lugar a dudas, el propio paciente. Y así es reconocido cada vez más por los dos agentes implicados en la relación.

El hecho de que el principio de beneficencia sea el más arraigado en la práctica médica no significa, por otra

parte, que se halle libre de problemas y dificultades, como las que surgen cuando colisionan los intereses individuales del paciente con los generales de la sociedad, o cuando la vivencia subjetiva del paciente encuentra difícil encaje con los datos objetivos de la enfermedad, o cuando hay que mantener una sana distancia que a la vez no se convierta en lejanía del paciente, o cuando la moralidad o los intereses de médico y paciente entran en colisión...

La **toma compartida de decisiones**, como proceso que complementa beneficencia y autonomía, se manifiesta en la práctica clínica por un proceso comunicativo entre médico y paciente donde el paciente libre y voluntariamente, tras recibir la suficiente cantidad y calidad de información, toma, de forma compartida con el médico, decisiones oportunas sobre su enfermedad (técnicas diagnósticas a elegir, objetivo terapéutico, tratamientos y sus posibles alternativas, etc.). Se responde así a la mayor conciencia, por parte de los enfermos -y de la sociedad en general- de su **autonomía como personas que deciden por ellas mismas sobre su cuerpo**, su enfermedad y todo aquello que el conocimiento médico les ofrece, pero también a las crecientes posibilidades que el continuo desarrollo del arsenal médico en técnicas diagnósticas y tratamientos supone.

Paralelamente a este **espíritu autonomista** por parte de los pacientes, los facultativos se ven consecuentemente obligados a informar más y mejor a los pacientes; si bien esto se hace en una primera etapa, y principalmente en el contexto norteamericano, dejando al paciente en casi absoluta soledad para la toma de decisiones, poco a poco va surgiendo la necesidad de romper esa nueva barrera

para que la toma de decisiones sea realmente compartida o, al menos, acompañada. Esto llevará al **desarrollo de una comunicación clínica de mayor calidad**, con mayores habilidades por parte de los médicos en comunicación clínica y con modelos de entrevista clínica en los que el paciente, cada vez más, se encuentra en el centro del acto clínico.

Puesto que no cabe duda de que la importancia del **principio de autonomía del paciente** ha sido fundamental en la nueva configuración de la relación clínica, sería bueno prestar también un poco de atención a las diferentes formas en que este principio puede concretarse en la realidad. Y no cabe duda de que en ello influyen no sólo las características individuales de cada persona, marcadas, entre otras cosas, por el propio desarrollo psicológico y moral que le lleva a la edad adulta. La teoría del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg, y su corrección posterior por una de sus discípulas, Carol Gilligan, pone al descubierto que en realidad **existen diferentes trayectorias de desarrollo moral, dando lugar a diferentes patrones de madurez** en la edad adulta que, lógicamente, añadimos nosotros, pueden dar lugar a distintas concepciones y ejercicios del derecho de decisión. Si a ello añadimos los diferentes momentos evolutivos que se suceden a lo largo de la vida, y la repercusión que el propio proceso de enfermedad tiene sobre la persona, entenderemos que no existe un paciente tipo con un ejercicio tipo del principio de autonomía. Penetrar en la experiencia íntima y vital del paciente y adecuar el consejo, asesoramiento y ayuda conforme a sus propios valores y creencias para reconciliar su estado vivencial, emocional y espiritual, refuerza el patrón de dignidad humana que acompaña al profesionalismo médico asistencial, fraguado sobre la



relación médico-paciente (Pellegrino y Thomasma, 1993).

Habrà, pues, que **acercarse a cada paciente y a su situación de una forma personalizada e individualizada**, y la relación médico-paciente hace posible esto si el médico reúne las condiciones adecuadas, y las expresa a través de actitudes de benevolencia, beneficencia, veracidad, confianza y cooperación (recogidas ya por Laín Entralgo en 1964 como características de la *amistad médica*, la forma en que él caracterizaba la relación médico-paciente). Como persona que es, también el médico está sometido a diferentes momentos y procesos evolutivos, partiendo de su propia idiosincrasia. De ahí que en la interacción entre médico y paciente se hayan podido definir históricamente diferentes modelos de relación, que aún hoy y en determinadas circunstancias pueden continuar teniendo su propia validez (Emanuel y Emanuel, 1992):

Modelo Paternalista: el médico toma las decisiones en nombre del paciente; aún hoy se reconoce la vigencia de un determinado paternalismo débil, en el que el médico, o las instituciones, toman decisiones por los pacientes incapaces de hacerlo en el momento de la atención.

Modelo Informativo: se desarrolló en respuesta al auge inicial del autonomismo, dejando al paciente sólo en la gestión de la información y la toma de decisiones; hay pacientes, sin embargo, que prefieren esa soledad, y en esa soledad toman sus decisiones.

Modelo Interpretativo: el médico apoya el proceso de toma de decisión desde una escucha asertiva y acompañante, pero procurando no influir en la decisión final.

Modelo Deliberativo: se establece un auténtico diálogo entre médico y paciente que pretende servir de cauce

para que este último llegue a la decisión que considere más adecuada en un clima de encuentro y colaboración, en un proceso que hoy se conoce como **toma compartida de decisiones**.

Será, por tanto, toda una habilidad del médico sintonizar con el paciente y **adoptar el estilo más adecuado de relación** para llevar a mejor puerto el proceso terapéutico con el paciente. Aunque, ciertamente, tendrá que atenerse a unos **mínimos claramente establecidos por la ley** (como, por ejemplo, satisfacer el derecho del paciente a la intimidad, a la información clínica, al consentimiento informado y a la planificación anticipada de su atención), el compromiso profesional y las obligaciones deontológicas deben llevar la relación médico-paciente a **crear un ambiente propicio para promover no sólo la salud, sino también la seguridad y la capacidad de decisión** del individuo que consulta. Es en la relación médico-paciente donde todos los valores técnico-profesionales, humanísticos, axiológicos, ónticos, éticos, cívicos y sociales se proyectan en la persona como razón de ser de nuestra profesión, del sistema y de la propia sociedad.

Estos valores hacen de dicha relación una **relación de compromiso**, basada en la **confianza y la empatía** y **que transmita seguridad**, pero que también ha de ser una relación **amistosa**, alineada con la atención afectiva-efectiva que es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, pero incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad (que garantice la confidencialidad y el secreto profesional), **ético-narrativa** (de acompañamiento y mirada esperanzada hacia el futuro), **deliberativa** (y prudente), **contractual** (que respete los derechos del paciente y en la que

cumplan los deberes de las partes implicadas) y, finalmente, **de suficiente calidad técnica** (para ofrecer un buen servicio médico en su triple dimensión de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad).

Y todo ello dentro de un **objetivo común y compartido, el de la mejora de la salud**, que no siempre es percibido de la misma forma por los diferentes agentes implicados. De ahí que se inicie en los años 90 un profundo debate sobre los llamados **finés de la Medicina**, alcanzándose un amplio consenso recogido en el informe Hastings (Hastings Center Report, 1996) de la siguiente manera:

- Prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
- Alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.
- Atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- Evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

En las últimas décadas, y en conexión con la experiencia de acompañar pacientes para cuya enfermedad no existe curación posible, ha ido apareciendo un nuevo paradigma de atención, a sumar a los ya mencionados: **el de los cuidados**. Si bien en principio



CUIDADOS PALIATIVOS, FOTOGRAFÍA DE CHRIS DE BODE DISPONIBLE EN WWW.WHO.INT

nació como modalidad asistencial para los pacientes “desahuciados”, es decir, para aquéllos a los que la Medicina curativa ya no podía ofrecer ninguna expectativa, poco a poco fueron apareciendo una serie de aplicaciones de esa Medicina que podían ofrecer un alivio del sufrimiento, tanto físico como psíquico. Surgen con ello **los cuidados paliativos**, que realzan una serie de valores propios de la relación médico-paciente y los adecúan a un momento que el paciente vive en situación de gran vulnerabilidad y debilidad: benevolencia, amparo, solidaridad, empatía, compasión... La medicina paliativa se convierte así en la expresión máxima de la relación de ayuda entre médico y paciente, contextualizada en cada caso concreto, y con capacidad de iluminar aspectos éticos del resto de prácticas asistenciales.

La medicina centrada en la patología ha desatendido un importante componente humano disminuyendo el bienestar de los pacientes (Mead y Bower, 2000). De esta forma se fundamenta la necesidad de una **Medicina Centrada en el Paciente** que ponga de nuevo en el centro de la atención el punto de vista del paciente. La **Medicina Centrada en la Persona** se ancla aún más en la tradición humanista. Está sustentada en 1) Un amplio marco teórico biológico, psicológico, social, cultural, y espiritual; 2) Atención tanto a la salud enferma como a la salud positiva, 3) Investigación centrada en la persona sobre el proceso y resultados de la comunicación clínico-paciente-familia, el diagnóstico, los objetivos, el tratamiento, la prevención, y la promoción de la salud, y 4) Respeto por la autonomía, responsabilidad y dignidad de cada persona involucrada, y la promoción de alianzas a todo nivel (Mezzich, Snaedal, van Weel, y Heath, 2010; The Health Foundation, 2014).



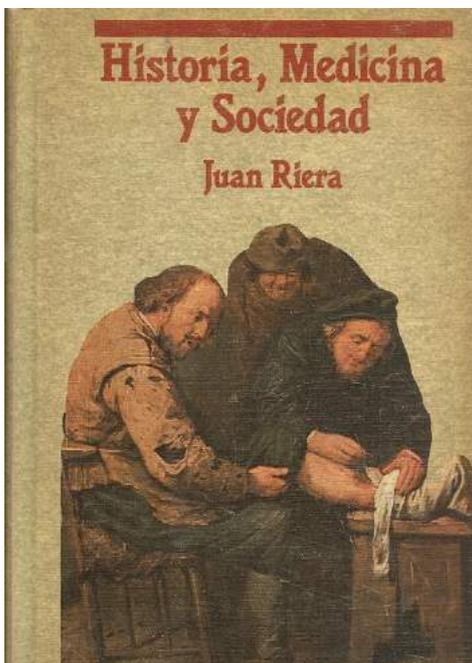
Se va configurando así una práctica médica reconocida y orientada por la sociedad hacia unos fines determinados mediante una relación personal con el paciente en el seno de instituciones sanitarias que hagan posible la dinámica asistencial, requiriendo del profesional un nivel de competencia suficiente en

relación al conocimiento médico, la comunicación con el paciente y la fidelidad a la relación terapéutica, que haga del paciente el centro de la preocupación y de la actividad de todos los agentes implicados. "Lo importante es el enfermo, no la enfermedad" (Foro Premios Albert Jovell, 2017).

EL MARCO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD Y DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Por otro lado, es importante constatar la **importancia que la sociedad en su conjunto tiene** a la hora de configurar la relación médico-paciente.

“EL MÉDICO ES LA PERSONA EN QUIEN LA SOCIEDAD DELEGA Y QUIEN ADQUIERE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL, PERO ES LA SOCIEDAD LA QUE LEGISLA, ORGANIZA Y COLABORA CONSTANTEMENTE EN LA TAREA ENCOMENDADA A LA CLASE MÉDICO-SANITARIA” (RIERA, 1985)



PORTADA DEL LIBRO ESCRITO POR JUAN RIERA PALMERO EN 1985

Y, además, hay otra serie de **intervenciones que la sociedad puede realizar en el área de la salud** que no se canalizan a través de la relación médico-paciente, pero que la “rodean”, como son las medidas de higiene y salud pública, la creación de instituciones sanitarias complejas (como los hospitales y centros de salud) o la construcción de un marco normativo y educativo para la formación de nuevos profesionales.

Es también la sociedad la que **define los roles de enfermo y de sano** (Parsons, 1951). De este último se espera que se desarrolle con normalidad en la convivencia social, a través del trabajo, el descanso, las relaciones familiares y sociales... Por el contrario, el enfermo quedaría libre, mientras lo está, de esas obligaciones sociales, quedando obligado, a cambio, a querer curarse y a solicitar ayuda médica, cooperando con el sistema sanitario y con el médico que se la presta. En relación a esto, la sociedad también espera del rol de médico para que libere al enfermo de sus responsabilidades sociales, acoja la voluntad de curación del enfermo y dirija técnicamente la empresa de curarle.

A lo largo de los siglos XIX y XX se produjeron **grandes transformaciones sociales en occidente**, derivadas del proceso de industrialización y del crecimiento demográfico a ella vinculado. Las reivindicaciones obreras en busca de mejores condiciones laborales, la lucha por los derechos individuales y sociales y la consolidación de las democracias llevó a la aparición de los **sistemas de salud públicos**, que, gradualmente, empiezan a cubrir mayores sectores de población y a generar un modelo de asistencia sanitaria controlada por el Estado. Con ello, comenzó a fraguarse una profunda transformación de la relación médico-paciente.

El bioeticista norteamericano Mark Siegler (1998) ha establecido que, tras una era enfocada predominantemente en el médico (paternalismo) y una era del paciente (autonomismo), nos encontramos en lo que él denomina una **nueva era de la Medicina Gestionada**, centrada en los contribuyentes. Esta se caracterizaría, según Siegler, por una serie de obligaciones: 1. Contener el gasto y administrar con eficiencia los recursos sanitarios; 2. Analizar los riesgos y posibles beneficios de cada intervención clínica en un marco social, y 3. Equilibrar las necesidades y los deseos del paciente con la justicia social de la comunidad de la que forma parte. Así, la importancia a la hora de tomar decisiones médicas se desplaza, desde el médico y el paciente, hacia consideraciones sobre **eficiencia y conveniencia social e institucional**, subordinando así los deseos de ambos actores de la relación médico-paciente a administradores y burócratas, lo cual genera nuevos escenarios de relación.

Laín Entralgo ya escribió sobre estas obligaciones sociales que generan en el médico una serie de dilemas al tener que elegir entre:

1. La orientación hacia la colectividad y la orientación hacia sí mismo.
2. El universalismo y el particularismo.
3. El atendimento a condiciones previas (por ejemplo: las dependientes de la familia a que el enfermo pertenece) y la exclusiva consideración del rendimiento social.
4. Una orientación de su práctica funcionalmente difusa (generalismo) y otra funcionalmente específica (especialismo).

Así el médico debe ser efectivamente **neutro**, orientarse **hacia la colectividad**, optar por el **universalismo**, atenerse al **rendimiento** y actuar con **especificidad funcional**. De modo que la relación médica desde la perspectiva sociológica deberá ser el resultado del mutuo engarce entre las expectativas institucionalizadas del enfermo y las del médico. Si unas y otras son las vigentes en la sociedad a que ambos pertenecen, la relación entre ellos será sociológicamente adecuada; en otro caso será defectuosa y se constituirá en fuente de conflictos sociales y hasta de desórdenes iatrogénicos.

En España, Albert Jovell impulsa el movimiento asociativo de los pacientes, otorgando a estas organizaciones el legítimo derecho a participar como principales partícipes de la política sanitaria y garantía del cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes (March Cerdá, 2014).



UN NUEVO PROFESIONALISMO

El valor de la misión médica converge en una alianza con el paciente, y con el resto de agentes sanitarios, para dignificar la existencia humana allí donde la vida es más frágil y dependiente. El mundo de la salud, al que pertenecemos, es el lugar más emblemático de la condición humana, de las grandes esperanzas de la humanidad, y en el que son tan necesarios valores universales e intemporales tales como **la integridad, la compasión, el altruismo, la calidez afectiva y el trato digno** a la persona enferma y necesitada. Son estos valores los que acompañan la legitimidad social del médico, en un momento en que el escrutinio que nuestra actividad recibe de la sociedad es muy exigente, incorporando además una mayor exigencia de resultados y todo ello al menor coste posible.⁷

Es evidente que **la relación médico-paciente se encuentra enmarcada en una realidad social amplia**, que contribuye a su definición, normativización y desarrollo. Por un lado, facilitando las estructuras necesarias para que tenga lugar: formación médica, instituciones sanitarias, mecanismos de financiación... Por otro, delimitando claramente su ámbito de actuación, en relación con los citados fines de la Medicina, protegiendo de que en ese ámbito puedan actuar personas sin una formación adecuada, y garantizando el cumplimiento de los derechos fundamentales de la persona, que no se pierden, sino que han de tener una mayor protección en la situación de

enfermedad. Para ello cuentan, además, con el **papel proactivo y específicamente comprometido de los propios profesionales**, tanto a través de su compromiso ético personal (emparentado con la idea de vocación) como de la actividad de sus organizaciones en el desarrollo y la garantía de comportamientos comprometidos con el bienestar del paciente.

En esta última línea hemos de destacar el **nuevo profesionalismo**, un esfuerzo de reflexión y compromiso desarrollado por la profesión médica en las últimas décadas para tratar de adaptar su tradicional compromiso profesional a la nueva situación social y política en que se desarrolla la medicina de nuestro tiempo. La publicación de la **Carta del nuevo profesionalismo** en 2002 (Medical Professionalism Project, 2002) puede considerarse un hito fundamental en este proceso, que incorpora como compromisos profesionales los principios de la Bioética y el respeto de los derechos reconocidos a los pacientes, así como el esfuerzo de la profesión en la mejora continua de la asistencia médica en sus diferentes dimensiones, técnica, social y humana, a través de valores como la integridad y honestidad, la compasión, el altruismo, la promoción de la justicia social... Se hace, por tanto, cada vez más necesario mantenerse en una **dinámica de mejora continua de la calidad** (Huckman y Raman, 2015). El desarrollo exponencial de la literatura dedicada a este tema da cuenta de su importancia.

Todo ello ha facilitado el desarrollo de un nivel elevado de confianza en la profesión médica, hecho que se constituye además en realidad a mantener y promover en el futuro. Promover una relación honesta, cercana

⁷ Para más información se puede acudir por ejemplo a (Kaplan & Porter, 2011) y (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008)

y respetuosa con quienes atraviesan una situación vital delicada de vulnerabilidad y fragilidad será uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de esa confianza. "No basta con ser buen médico, hay que ser un médico bueno" (Foro Premios Albert Jovell, 2017).

El profesionalismo debe **encontrar en el humanismo su vía de expresión**. La necesidad de humanizar la salud se sustenta en la propia dignidad y sustantividad de la persona. La salud es humana en la medida que es vivida como experiencia humana, es decir, incorporada a la conciencia, objeto de decisiones que añaden valor a la vida y susceptible de ser integrada en un proyecto vital o con una aspiración o finalidad de perfeccionamiento existencial. Solo una relación médico-paciente holística e integradora reconoce en su plenitud esta realidad y se convierte en herramienta de la verdadera humanización asistencial (Cohen, 2007).

Y ha de hacerlo enmarcado en un contexto en el que las sociedades más desarrolladas, con una economía basada en el conocimiento y la innovación tecnológica, los cambios demográficos, epidemiológicos, científicos y tecnológicos, y el aumento de la desigualdad a nivel mundial, plantean retos a los que la profesión médica debe adaptarse, y sobre los que debe actuar con capacidad de liderazgo efectivo que garantice la promoción y protección de la salud de la población y la calidad de la asistencia prestada.

Para cumplir con la responsabilidad primaria de la profesión médica al servicio de los pacientes, es también necesario **promover la justicia social**. Claramente, ello implica asegurar la distribución equitativa de los recursos para garantizar que todas las personas tengan acceso a la atención sanitaria,

porque **las obligaciones del profesionalismo se extienden mucho más allá del encuentro asistencial** (Lesser et al., 2010). Y las competencias requeridas, por tanto, para el ejercicio de la profesión médica, son múltiples y variadas (Englander et al., 2013).

Por otro lado, el entorno organizativo exige una **cultura de cooperación interprofesional** que debería caracterizarse por las buenas prácticas, los valores altruistas y las actitudes positivas al servicio de la comunidad, concebidas e internalizadas como una vocación (Chandratilake, McAleer, Gibson, y Roff, 2010). Se construye así un contrato social sobre las bases de compromiso médico en el bienestar de la persona y la comunidad que se reconoce y establece sobre la confianza. La confianza es un valor que se gana y reaviva en el propio compromiso profesional y social, representando una verdadera credencial para el desarrollo y consolidación de una sociedad humanista y ejemplarizante (Boulding, 1989).

Todo esto aparece recogido en la Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino-Iberoamericana.

"Las raíces filosóficas del profesionalismo médico incluyen la tradición hipocrática de la medicina como institución social y moral, coincidente con los principios del humanismo cristiano, junto al propio acervo humanista y cívico de la declaración universal de derechos humanos, estableciendo una alianza que representa el compromiso incondicional con la competencia profesional, el altruismo y la confianza de la sociedad. La base sociológica, cultural y científica del profesionalismo ha evolucionado como consecuencia de las grandes transformaciones sociales y del desarrollo del conocimiento. Estos cambios están



contribuyendo a revitalizar el modelo asistencial, a renovar el concepto social del paciente en una sociedad plural, y a una mayor democratización en el gobierno y gestión del conocimiento biomédico. Hoy entendemos nuestro profesionalismo médico como un valor de servicio incondicional a los pacientes y a la propia sociedad. Esto significa no sólo la exigencia de una práctica asistencial técnicamente competente, sino también, y de forma preferente, la asunción de una serie de valores y conductas de ejemplaridad personal como la integridad, la honestidad intelectual, la compasión, la humanización y calidez en el trato, todo ello como expresión de una vocación de servicio.

(Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe y Organización Médica Colegial de España, 2016)

Todo ello lleva a la necesidad de revitalizar de forma creativa y responsable el propio modelo asistencial desde una visión humanista y socialmente eficiente, con el sello distintivo de una atención preferente centrada, en todo momento y lugar, en

la persona. De ahí la **necesidad de un nuevo contrato social**, que se sustenta en tres niveles diferentes (Crues y Crues, 2004):

En primer lugar, las **normas de carácter gubernamental y supervisión** como garantía reguladora de derecho público.

En segundo lugar, a través de la **autorregulación profesional**, siendo los órganos colegiales quienes garantizan unas prácticas profesionales de acuerdo con las bases deontológicas y de servicio al bien común.

Y por último, el propio compromiso personal para autorregularse mediante la adhesión a determinados **principios de ética y conducta social**, otorgando una legitimidad profesional que reconoce la propia sociedad por medio del respeto, la autonomía práctica, el derecho a la autorregulación y otras credenciales identitarias.



MINISTERIO DE SALUD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. GOBIERNO DE ESPAÑA



BENEFICIOS Y AMENAZAS DE LA RELACIÓN

Desde un punto de vista histórico la relación médico-paciente ha estado presente articulada a través de diferentes técnicas y modelos relacionales desde el origen de la civilización. Como hemos analizado previamente en este documento, fueron los descubrimientos científicos, técnicos y los avances sociales que se realizaron en el marco de esta relación los que acarrearón grandes avances, insospechados hasta hace relativamente pocos años. En este apartado analizaremos los beneficios que esta entidad ha aportado al conjunto de la humanidad. Con la entrada del nuevo milenio los innumerables avances conseguidos durante los siglos XIX y XX, se han visto empañados por un clima de incertidumbre y de un relativo malestar hacia las instituciones sociales.

Aunque la Medicina y la relación médico-paciente siguen siendo uno de los metarrelatos que articulan y vertebran nuestra sociedad está ganando peso el paradigma “haciéndolo mejor, sintiéndose peor” (Wildavsky, 1977). Nos encontramos ante un punto de inflexión, la relación médico-paciente sigue siendo una institución altamente valorada en nuestro país, de hecho, los médicos siguen siendo la profesión más valorada por los españoles. Sin embargo, son numerosas las amenazas a las que se enfrenta esta relación, y sin la adecuada valoración crítica, y defensa de las facetas esenciales de la misma, tiene el riesgo de desnaturalizarse por el efecto de la influencia de diversos agentes, instituciones y cosmovisiones.



BENEFICIOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Es difícil determinar los beneficios derivados de este modelo relacional, el primer punto que cabría abordar es la **mejora del bienestar** y la salud de las personas y las poblaciones y la **evitación del sufrimiento**. El hecho de que los pacientes se sientan cómodos para compartir sus problemas y de que los médicos escuchen atentamente, produce una orientación diagnóstica precisa y satisfactoria, así como una **reducción de las pruebas complementarias e intervenciones innecesarias**. El respeto de la idiosincrasia del paciente y el entendimiento de su contexto social trae consigo una elección del **tratamiento individualizada y adecuada a las expectativas y a las realidades de los pacientes**. Cuando el paciente se siente implicado o autónomo en la toma de decisiones, y las circunstancias en las que vive son tenidas en cuenta, se produce una mayor **adherencia al tratamiento**. En definitiva, desde esta óptica, la relación médico-paciente aporta una mejora del bienestar de individuos y poblaciones, una reducción de las desigualdades en salud y una disminución de los recursos humanos y materiales invertidos en el proceso asistencial.

No obstante, los beneficios de la relación médico-paciente trascienden esta perspectiva consecuencialista y utilitarista de la mejora de los resultados en salud y la reducción del coste. **Existe un beneficio inherente al elemento relacional que convierte la Relación médico-paciente en un fin en sí mismo.**

En una sociedad cada vez más individualista y en la que la soledad es uno de los grandes males a la que se enfrentan los ciudadanos, la relación médico-paciente se posiciona como uno de los pocos garantes contra el aislamiento. Es un espacio en el que las personas pueden encontrar consuelo y ayuda, y un ser humano que le ofrezca **bidireccionalidad y confianza mutua**. Además, en esta correspondencia se establece un clima de valores: confianza, como vertebrador de la relación; seguridad y veracidad entre las partes; utilidad para el individuo y el conjunto de la sociedad donde esta relación tiene lugar; y por último y no por ello menos importante, aporta el valor de la **humanización**, elemento esencial en una sociedad donde las personas son tratadas como números o como bienes materiales. La escucha del paciente nos permite adentrarnos en la subjetividad de la persona, no sólo atendiendo a sus síntomas, sino comprendiéndolo como persona. Esta faceta humana de la relación, es el elemento fundamental que aporta un espacio vivencial empático, donde los sentimientos y la racionalidad de médicos y pacientes se reconocen y fundamentan una relación entre personas.

Es por ello, por lo que la relación médico-paciente se constituye como un pilar fundamental en la defensa de la persona, un bastión de humanidad, frente a otras visiones e intereses que cosifican, mercantilizan, reducen y compartimentalizan al ser humano.



AMENAZAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente, la manera en la que se configura, y los beneficios derivados de la misma, se encuentran amenazadas por la intersección de numerosas influencias de índole político, social, económico, industrial e, incluso, dentro de la propia Medicina.

En cuanto a las amenazas externas podemos destacar:

Influencias biopolíticas: Se refiere a cómo el estado y las racionalidades de gobierno tienen entre sus objetivos y funciones el control de la salud de las poblaciones. Para hacerlo, los estados y las administraciones imponen un sistema burocratizado y protocolizado que afecta por igual a médicos y pacientes. El entendimiento de la población como objeto de la labor de los estados produce un alejamiento de la persona, que es reducida a números, o etiquetas y son regidos por mentalidades que buscan la eficiencia, mayor aprovechamiento de las fuerzas productivas y en los últimos tiempos el equilibrio presupuestario.

Influencias económicas/industriales: Debido a la naturaleza de nuestro sistema económico existen numerosos intereses comerciales alrededor de la Medicina al ser uno de los sectores productivo más importantes de nuestra sociedad, que además mueve billones en los presupuestos de los países. Aunque la salud está asegurada como un derecho de los ciudadanos, la relación médico-paciente se ve inmersa en una red de influencias de compañías farmacéuticas, de equipamiento médico, de sanidad privadas, fondos de inversión, etc. Todas estas industrias tratan de afectar a los médicos y los pacientes de igual forma alterando la naturaleza de la relación y los fines de la Medicina.

Cientificismo / tecnificación: Nos encontramos en un momento en el que la relación médico-paciente se puede ver amenazada por una tecnificación sin límites, sin ética y sin reflexión crítica. Los nuevos sistemas de big data, inteligencia artificial, la clonación, la optimización tecnológica y genética de los individuos, así como todos aquellos descubrimientos e inventos que tengan lugar en los años venideros, no deben ser asumidos desde una posición irreflexiva y debe ser valorado si estos son acordes con los consensos que rigen nuestra sociedad y los principios que sustentan la relación médico-paciente. De la misma manera, no podemos reducir toda la complejidad de la realidad a premisas falsables de las que extraer conclusiones generalizables. Las personas no pueden ni deben ser explicadas desde una perspectiva únicamente científica ni reducidas a comportamientos o actividad neuronal. Los beneficios innegables de la ciencia no deben eclipsar otras formas de entender la realidad y dar sentido a nuestra experiencia.

Límites de la Medicina / nuevos fines / falsos fines: Para poder cumplir de una manera ética y adecuada con los compromisos que la sociedad deposita en ella, la Medicina tiene que establecer unos fines, unos medios éticamente aceptables para conseguir dichos fines y actuar con prudencia y mediante los principios que rigen la práctica médica. Como hemos visto, la Medicina se encuentra en una intersección de numerosos agentes, intereses e instituciones que intentan influir en los ámbitos de actuación de la misma. Para que la relación médico-paciente no se vea amenazada la Medicina debe tener claro estos límites y actuar en el precario equilibrio, manteniéndose firme contra

las tendencias que intentan llevar a la institución a transgredir sus límites: medicalización de la vida cotidiana, ley de cuidados inversos, patologización de lo distinto, creación de enfermedades, optimización del ser humano, hacerse cargo de problemáticas sociales, políticas y económicas, etc.

No todas las amenazas a las que se enfrenta la relación médico-paciente vienen de fuera, existen también dentro de la medicina y de la sociedad, elementos a tener en cuenta en un análisis de las amenazas a esta relación:

Epistemológicas: Desde el punto de vista epistemológico, o del conocimiento, la Medicina cada vez se ha hecho más inabarcable procediendo a la especialización e hiperespecialización, de tal modo, que aunque el médico de familia, en nuestro modelo sanitario, sigue siendo el médico de referencia del paciente, éste se ve sometido a múltiples especialistas que se ocupan, por ejemplo, del ojo o de la rodilla, y dentro del ojo sólo de la retina, etc., lo cual hace muy difícil el tipo de relación médico - paciente que hemos venido refiriendo, porque este aumento del conocimiento se asocia a lo que se denominó en su momento el imperativo tecnológico. Debemos evitar en la medida de lo posible la cosmovisión médica que trocea al paciente en células, aparatos y sistemas. De manera análoga los pacientes poseen una serie de ideas creadas en sociedad, de lo que es la salud y qué es patológico, configurando expectativas sobre la relación médico paciente. Estas perspectivas, no siempre pueden ser satisfechas y aceptadas por los médicos y pueden poner en jaque el proceso relacional.

Conflictos de intereses: Es necesario entender que los médicos, aún guiados por un marco legal y procedimental, un código deontológico y unos hábitos y costumbres, pueden poseer conflictos de interés que afecten a la relación médico-paciente y a la labor de la medicina. Es necesario ser conscientes de la manera en la que los conflictos de interés individuales y corporativos pueden minar la relación médico-paciente cuando se alejan del marco que rige esta relación, o intentan imponer una agenda determinada.

Formación y tradición: (currículum oculto) Debido al bagaje histórico de la relación médico-paciente y la Medicina en ocasiones existe un desfase entre la teoría y la práctica médica que en muchas ocasiones se aleja del ideal ético y se aprende de manera implícita en el ámbito asistencial.

Identitarias / Demográficas: Es también importante señalar que la sociedad es cada vez más diversa. La integración en proyectos supranacionales, los flujos migratorios, las diferencias educativas y de clase, la diversidad étnica, afectivo-sexual entre otros, han configurado modelos de sociedad plurales. Sin embargo, el conjunto de los médicos en muchas facetas no representa la diversidad de la sociedad en la que estos llevan a cabo su profesión. La medicina al final es una estructura social más en la que permean las identidades sociales normativas y se produce el peligro de perpetuar estereotipos u otras formas opresivas, afectando de esta manera a la relación médico-paciente.



CONCLUSIONES

La relación médico-paciente ha evolucionado a lo largo de la historia, siempre buscando -en su ideal- el beneficio del paciente, desde una perspectiva marcadamente paternalista (“todo por el paciente, pero sin el paciente”, parafraseando el leit-motiv de la monarquía absoluta) hacia una más claramente participativa, que se cimienta en el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones por parte del paciente. Si bien esta evolución ha conducido a una relación mucho más humana, hay que reconocer que no ha sido un proceso intrínseco que se haya producido en el seno de la profesión, sino que ha precisado de los procesos sociales que han llevado al empoderamiento de los pacientes, que ya han dejado de ser sujetos pasivos del proceso salud-enfermedad.

Por otro lado, la dimensión social de la vida humana también ha ido tomando su lugar en el seno de la asistencia sanitaria y, consecuentemente, en el seno de la relación entre profesional médico y paciente, tanto por la realidad de los determinantes sociales de la salud como por la de las luchas y movimientos sociales que han conducido a un mayor protagonismo de la persona en la vida pública. El nacimiento de los sistemas públicos de atención y el desarrollo de diferentes sistemas de gestión ha impulsado un loable proceso de racionalización y de universalización de la asistencia sanitaria, pero a la vez ha introducido una serie de presiones que amenazan con limitar la dimensión humana de la relación médico-paciente. Si a ello unimos la presión de la tecnología sanitaria y de una economía basada en el consumo de recursos más que en la satisfacción de las necesidades reales de los ciudadanos, comenzamos a ver la situación de riesgo en que se encuentra la relación médico-paciente en este momento de la historia.

Es evidente, por todo ello, la necesidad de colaborar con los pacientes y sus asociaciones (con los ciudadanos en su relación con la enfermedad) para continuar promoviendo una relación médico-paciente de calidad, y con las administraciones públicas e instituciones sanitarias para que esa relación sea el núcleo fundamental de una asistencia sanitaria centrada en la persona, de alcance universal y funcionamiento eficiente. En este sentido, este documento pretende ser la reflexión inicial de la profesión médica en un proceso que pretende ser largo y fructífero de promoción y protección de la relación médico-paciente y sus valores, así como en su adaptación a las nuevas circunstancias que vayan apareciendo en el futuro. Será de la mano de todos los agentes implicados que este objetivo pueda llegar a buen puerto.

Con este documento damos, también, inicio al procedimiento formal de **solicitud de reconocimiento de la relación médico-paciente como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)**. Los primeros pasos de este proceso (que aparece resumido en el Anexo) han de recorrerse dentro del ámbito estatal, para conseguir que las autoridades de Sanidad y Cultura se impliquen en la protección y promoción de este bien cultural y social que es la relación entre una persona que necesita ayuda en torno a una realidad de enfermedad y un profesional capacitado para ofrecérsela. Habrá que ir desgranando los pasos a dar para desarrollar las medidas necesarias y para alcanzar el reconocimiento de dicha relación como bien cultural en nuestro entorno, como paso previo a la solicitud formal ante la UNESCO de su reconocimiento universal una vez que se incluyan en el mismo los aspectos procedentes de otros ámbitos geográficos y culturales. Iniciamos el camino con ilusión, y esperamos mantener la ilusión a lo largo de todo el proceso, y de todo el desarrollo posterior de esta relación que constituye el núcleo fundamental del ejercicio de la Medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics [Principios de Ética Biomédica]* (5th ed.). Nueva York, EEUU: Oxford University Press.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., y Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost [El triple objetivo: atención, salud y coste]. *Health Aff (Millwood)*, 27(3), 759–69. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Boulding, K. E. (1989). *Three Faces of Power [Tres caras del poder]*. Newbury Park, EEUU: SAGE Publications.
- Bynum, W. F. (William F. . (2006). *The western medical tradition : 1800 to 2000 [La tradición médica occidental: 1800 a 2000]*. Nueva York, EEUU: Cambridge University Press.
- Chandratilake, M., McAleer, S., Gibson, J., y Roff, S. (2010). Medical professionalism: what does the public think? [Profesionalismo médico: ¿qué piensa el público?]. *Clinical Medicine*, 10(4), 364–69.
- Charon, R., DasGupta, S., Hermann, N., Irvine, C., Marcus, E., Rivera Colón, E., ... Spiegel, M. (2016). *The principles and practice of narrative medicine [Principios y práctica de la medicina narrativa]*. New York, EEUU: Oxford University Press.
- Cohen, J. (2007). Viewpoint: linking professionalism to humanism: what it means, why it matters [Punto de vista: relacionando el profesionalismo con el humanismo: qué significa, porqué es importante]. *Acad Med*, 82(11), 1029–32.
- Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, y Organización Médica Colegial de España. (2016). Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino-Iberoamericana. Roma, Italia. Recuperado de http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/carta_de_identidad_y_principios_profesion_medica_latino-iberoamericana.pdf
- Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Cruess, S. R., y Cruess, R. L. (2004). Professionalism and Medicine's Social Contract with Society [Profesionalismo y Contrato Social de la medicina con la sociedad]. *Virtual Mentor*, 6(4). <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2004.6.4.msoc1-0404>
- Department of Health Education and Welfare: National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report*. Recuperado de <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Emanuel, E. J., y Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship [Cuatro modelos de relación médico-paciente]. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Englander, R., Cameron, T., Ballard, A., Dodge, J., Bull, J., y Aschenbrenner, C. (2013). Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians [Hacia una taxonomía común de los dominios de



- competencia para las profesiones sanitarias y de las competencias para los médicos]. *Acad Med*, 88(8), 1088-1094.
- Foro Premios Albert Jovell. (2017). Frases. Recuperado el 26 de mayo de <http://www.foropremiosalbertjovell.es/ideas/frases>
- Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X668249>
- Gracia, D. (1972). El hombre enfermo como realidad personal. *Cuadernos de Historia de La Medicina Española*, 11, 117-159.
- Hastings Center Report. (1996). The goals of medicine: Setting new priorities [Los fines de la medicina: estableciendo nuevas prioridades]. *The Hastings Center Report*, 26(6: suplemento especial), S1-S27.
- Henderson, G. (1997). *The social medicine reader [El lector de medicina social]*. Carolina del Norte, EEUU: Duke University Press.
- Hipócrates. (1997). Sobre los aires, las aguas y lugares. In *Tratados hipocráticos*. Madrid, España: Gredos.
- Huckman, R., y Raman, A. (2015). Medicine's continuous improvement imperative [El imperativo médico de la mejora continua]. *JAMA*, 313(18), 1811-1812.
- Hurwitz, B., y Greenhalgh, T. (1998). Narrative based medicine : dialogue and discourse in clinical practice [Medicina basada en la narración: diálogo y discurso en la práctica clínica], 19(2), XVI, 286 .
- Jewson, N. D. (1976). The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870 [La desaparición del enfermo de la cosmología médica, 1770-1870]. *Sociology*, 10(2), 225-244. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp180>
- Kaba, R., y Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship [La evolución de la relación médico-paciente]. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>
- Kaplan, R., y Porter, M. (2011). How to solve the cost crisis in health care [Cómo resolver la crisis de costes en la asistencia sanitaria]. *Harv Bus Rev*, 89(9), 46-61.
- Laín Entralgo, P. (1964). *La Relación Médico-Enfermo*. Madrid, España: Revista de occidente.
- Laín Entralgo, P. (1969). *El médico y el enfermo*. (Ediciones Guadarrama, Ed.) (1st ed.). Madrid, España: Biblioteca para el Hombre Actual.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians [Una Nueva Perspectiva sobre la Salud de los Canadienses]*. Ottawa, Canadá. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lázaro, J., y Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 7-17.
- Lesser, C., Lucey, C., Egener, B., Braddock, C. h., Linas, S. L., y Levinson, W. (2010). A behavioral and systems view of professionalism [Una visión del profesionalismo y del comportamiento]. *JAMA*, 304(24), 2732-2737.

- March Cerdá, J. C. (2014). Albert Jovell (1962-2013), médico y paciente. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 526-527. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.09.001>
- Mead, N., y Bower, P. (2000). Patient centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature [Centrarse en el Paciente: un marco conceptual y revisión de la literatura empírica]. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Medical Professionalism Project. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter [Profesionalismo médico en el nuevo milenio: una carta de los médicos]. *The Lancet*, 359(9305), 520-522. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07684-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07684-5)
- Mezzich, J., Snaedal, J., van Weel, C., y Heath, I. (2010). Toward Person-Centered Medicine: From Disease to Patient to Person [Hacia una Medicina Centrada en la Persona: desde la enfermedad hasta el paciente y la persona]. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 77, 304-306.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1948). Constitution of WHO. Recuperado el 8 de mayo, de <http://www.who.int/about/mission/en/>
- Orringer, N. R. (1997). *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo*. Barcelona, España: Galaxia Gutenberg- Círculo de Lectores.
- Parsons, T. (1951). *The Social Systems [El Sistema Social]* (1st ed.). London, Inglaterra: Routledge y Kegan Paul Ltd.
- Pellegrino, E. D., y Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice [Las virtudes en la práctica médica]* (1st ed.). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Riddick, F. A. (2003). The code of medical ethics of the American Medical Association [El código de ética médica de la Asociación Americana de Medicina]. *The Ochsner Journal*, 5(2), 6-10.
- Riera, J. (1985). *Historia, medicina y sociedad*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Rosen, G. (1974). *De la policia medica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud* (1st ed.). Siglo XXI Editores.
- Siegler, M. (1998). The future of the doctor-patient relationship in a world of managed care. [El futuro de la relación médico-paciente en el mundo de la medicina gestionada]. *Medicina Nei Secoli*, 10(1), 41-56.
- The Health Foundation. (2014). *Person-centred care made simple [Medicina Centrada en la Persona de forma sencilla]*. The Health Foundation. <https://doi.org/978-1-906461-56-0>
- Wildavsky, A. (1977). Doing Better and Feeling Worse: The Political Pathology of Health Policy [Hacerlo mejor y sentirse peor: la patología política de la política de salud]. *Daedalus*, 106(1), 105-123.



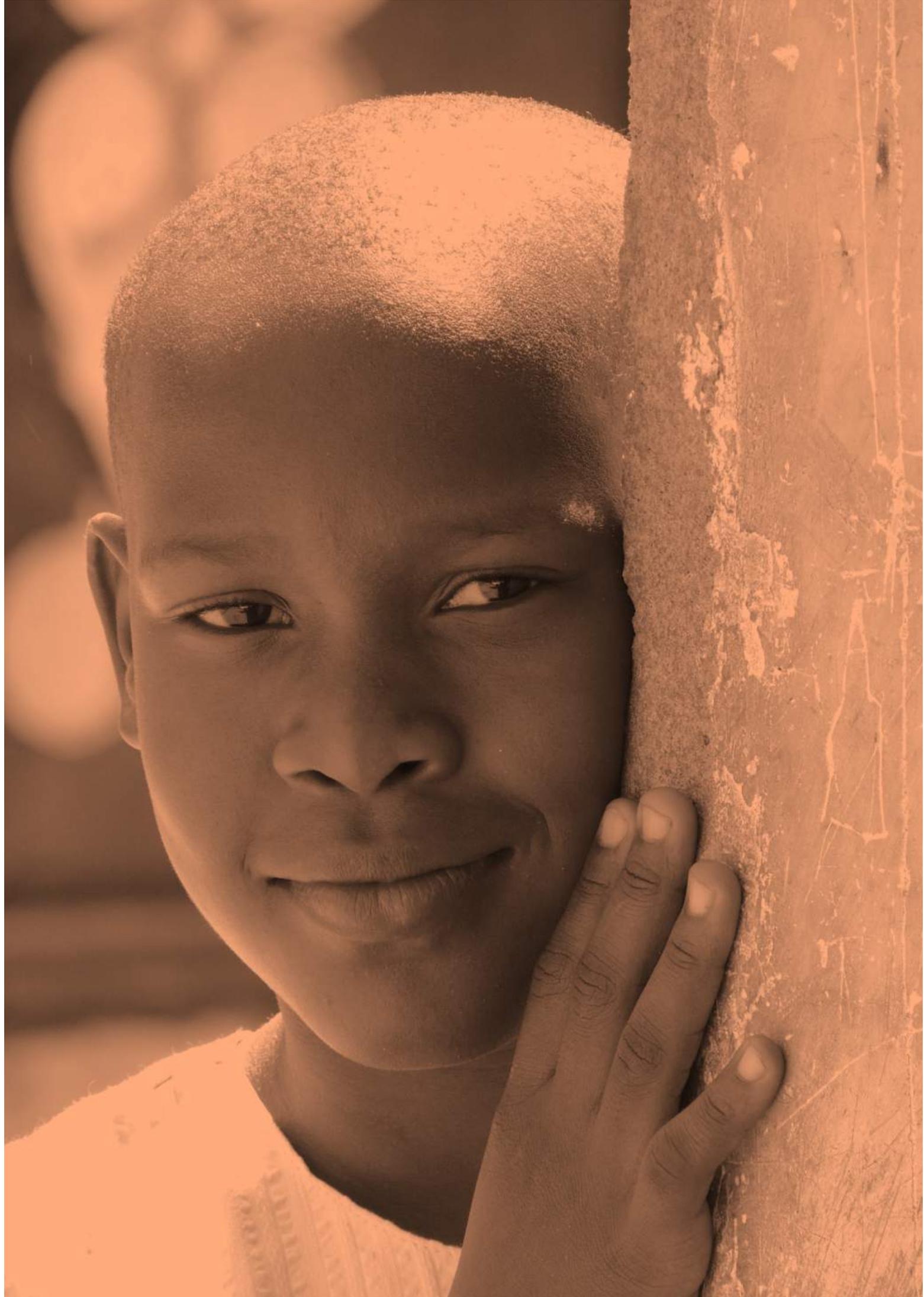
OTRA BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Bullough, V. L. (1966). *The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine [El Desarrollo de la Medicina como una Profesión: La Contribución de la Universidad Medieval a la Medicina Moderna]*. Basilea, Suiza -Nueva York, EEUU: S. Karger.
- Childress, J. F., y Siegler, M. (1984). Metaphors and models of doctor-patient relationships: their implications for autonomy [Metáforas y modelos de relaciones médico-paciente: sus implicaciones para la autonomía]. *Theoretical Medicine*, 5 (1), 17-30.
- Couceiro, A. (1991). La información al paciente. *Jano, Medicina y Humanidades*, 41 (extra), 77-82.
- Couceiro, A. (Ed.) (1999). *Bioética para clínicos*. Madrid, España: Triacastela.
- Cribb, A. (2005). *Health and the Good Society. Setting Healthcare Ethics in Social Context*. [Salud y la Buena Sociedad. Establecer la Ética de la Salud en el Contexto Social] Nueva York, EEUU: Oxford University Press.
- Emanuel, E. J., y Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267 (16), 2221-6. [Traducción española: (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En A. Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos* (pp. 109-26). Madrid, España: Triacastela].
- Gracia, D. (1983). ¿Profesión o sacerdocio? Madrid, España: *Jano*.
- Gracia, D. (1989a). *Fundamentos de bioética*. Madrid, España: Eudema.
- Gracia, D. (1989b). La relación médico-enfermo en España: balance de los últimos veinticinco años. *Todo Hospital*, 62, 23-6.
- Gracia, D. (1989c). Los cambios en la relación médico-enfermo. *Medicina Clínica (Barc)*, 93, 100-2.
- Gracia, D. (1992). La relación clínica. *Revista Clínica Española*, 191 (2), 61-3.
- Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid, España: Triacastela.
- Gracia, D., y Júdez, J. (Eds.). (2004). *Ética en la práctica clínica*. Madrid, España: Triacastela.
- Láin Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo*. Madrid, España: Revista de Occidente. [2.^a ed. (1983). Madrid, España: Alianza].
- Láin Entralgo, P. (1978). *Historia de la Medicina*. Barcelona, España: Salvat.
- Láin Entralgo, P. (1984). *Antropología médica para clínicos*. Madrid, España: Salvat
- Láin Entralgo, P. (1986). Qué es ser un buen enfermo, en P. Láin Entralgo, *Ciencia, técnica y medicina* (pp. 248-64). Madrid, España: Alianza.
- Láin Entralgo, P. (2003). *El médico y el enfermo* [2.^a ed.]. Madrid, España: Triacastela.

- Lázaro, J. (2000). De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica. *Archivos de Psiquiatría*, 63 (Supl. 3), 5-26.
- Lázaro, J. (2003^a). Supervivencia del psicoanálisis en el siglo XXI. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.): *Update Psiquiatría* (pp. 71-90). Barcelona, España: Masson.
- Lázaro, J. (2003b). Entre pruebas y narraciones: objetividad y subjetividad en psiquiatría. En E. Baca y J. Lázaro (ed.), *Hechos y valores en psiquiatría* (pp. 117-42). Madrid, España: Triacastela.
- López Piñero, J. M. (2000^a). *Breve historia de la medicina*. Madrid, España: Alianza.
- López Piñero, J. M. (2000b). *Introducción a la medicina*. Madrid, España: Crítica.
- Morgan, M. (1991). The doctor-patient relationship [La Relación médico-paciente]. En G. Scambler (ed.), *Sociology as Applied to Medicine* [3.^a ed.] (pp. 47-64). Londres, Reino Unido: Baillière Tindall.
- Nutton, V. (1995). Medicine in Medieval Western Europe, 1000-1500 [La Medicina en la Europa Occidental Medieval, 100-1500]. En L. I. Conrad, M. Neve, V. Nutton, R. Porter, y A. Wear, *The Western Medical Tradition, 800 BC to AD 1800* (p. 147). Nueva York, EEUU: Cambridge University Press.
- Orringer N. R. (1997). *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo*. Barcelona, España: Galaxia Gutenberg- Círculo de Lectores
- Rothman, S. M., y Rothman, D. J. (2003). *The Pursuit of Perfection. The Promise and Perils of Medical Enhancement*. New York, Estados Unidos: Pantheon Books.
- Schipperges, H. (1972). La medicina en la Edad Media latina. En P. Laín Entralgo (Ed.), *Historia universal de la medicina (Vol. 3, p. 197)*. Barcelona, España: Salvat.
- Shorter, E. (1991). *Doctors and their Patients. A Social History [Médicos y sus Pacientes. Una Historia Social]*. New Brunswick, EEUU – Londres, Reino Unido: Transaction Publishers.
- Simón, P. (2000). *El consentimiento informado*. Madrid, España: Triacastela.
- Szasz, T. (1981). *La teología de la medicina*. Barcelona, España: Tusquets.

IMÁGENES USADAS

- Las fotografías utilizadas como principio de capítulo tienen licencia CreativeCommons0 y son cortesía de pixabay.com.





ANEXO 1:

OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVO GENERAL:

Promover la Relación Médico-Paciente como patrimonio cultural.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recopilar y crear un documento base técnico sobre la Relación Médico-Paciente.
- Realzar la Relación Médico-Paciente como tema de eterna actualidad sanitaria.
- Realizar actividades y proyectos con el fin de difundir y poner en valor la Relación Médico-Paciente.
- Obtener el reconocimiento por parte de las autoridades españolas de la Relación Médico-Paciente como Patrimonio Cultural.
- Presentar a la UNESCO la Relación Médico-Paciente como Patrimonio Inmaterial de la Humanidad a salvaguardar.

ANEXO 2:

EL PATRIMONIO CULTURAL INMATERIAL DE LA HUMANIDAD POR LA UNESCO

El Patrimonio Cultural Intangible de la Humanidad (PCIH) pretende salvaguardar aquellas prácticas vivas (y, por tanto, en continua evolución) en las comunidades humanas que, con un fuerte peso de la tradición, corren el riesgo de desaparecer o merecen ser destacadas por su capacidad de identificación y cohesión social dentro de las comunidades que las practican o del conjunto de la sociedad. Dichas prácticas pueden ser inscritas, respectivamente, en una de las dos Listas que gestiona la UNESCO: la Lista de Patrimonio Cultural Inmaterial que requiere medidas urgentes de salvaguardia, o la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad; asimismo, la UNESCO gestiona una tercera lista de programas de salvaguardia del patrimonio inmaterial.

Dentro de las diferentes manifestaciones del PCIH, la que podría servir de referencia para la solicitud de inclusión en la lista de la relación médico-paciente sería la relativa a los usos sociales, entendidos como costumbres que estructuran la vida de comunidades y grupos, siendo compartidos y estimados por muchos de sus miembros, y que requieren el compromiso de organizaciones e instituciones para su mantenimiento y transmisión en el tiempo; su importancia estriba en que reafirman la identidad de quienes los practican en cuanto grupo o sociedad y, tanto si se practican en público como en privado, están estrechamente vinculados con acontecimientos significativos. Aunque más pensado con actividades rituales, sí es fácil aceptar que aquí tendría cabida la relación médica-paciente por su papel social, el grupo definido de personas que la practican, y su situación en un acontecimiento vital significativo, el de la enfermedad.

Sólo pueden solicitar la inclusión en la lista los estados miembros, pero siempre previo reconocimiento de la práctica que corresponda como Patrimonio Inmaterial en el seno del propio país, y habiendo puesto en marcha medidas para su salvaguarda, con la participación de las comunidades implicadas. Aunque el procedimiento formal no es excesivamente largo (dos años), se requiere una preparación previa importante, ya que, en el momento de la solicitud, el Estado miembro debe estar en condiciones de garantizar:

1. Que el elemento a inscribir constituye Patrimonio Cultural Intangible.
2. Que su inscripción contribuye a su mayor visibilidad y que refleja adecuadamente la diversidad cultural y la creatividad humana.
3. Que se han elaborado medidas para proteger y promover dicho elemento.
4. Que cuenta con la participación, apoyo y consentimiento de una gran parte de la comunidad implicada.
5. Que el elemento ha sido inscrito en el inventario nacional de patrimonio cultural intangible.



Según el artículo 13 de la Convención específica,

“Para asegurar la salvaguardia, el desarrollo y la valorización del patrimonio cultural inmaterial presente en su territorio, cada Estado Parte hará todo lo posible por:

- a) adoptar una política general encaminada a realzar la función del patrimonio cultural inmaterial en la sociedad y a integrar su salvaguardia en programas de planificación;
- b) designar o crear uno o varios organismos competentes para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial presente en su territorio;
- c) fomentar estudios científicos, técnicos y artísticos, así como metodologías de investigación, para la salvaguardia eficaz del patrimonio cultural inmaterial, y en particular del patrimonio cultural inmaterial que se encuentre en peligro;
- d) adoptar las medidas de orden jurídico, técnico, administrativo y financiero adecuadas para:
 - i) favorecer la creación o el fortalecimiento de instituciones de formación en gestión del patrimonio cultural inmaterial, así como la transmisión de este patrimonio en los foros y espacios destinados a su manifestación y expresión;
 - ii) garantizar el acceso al patrimonio cultural inmaterial, respetando al mismo tiempo los usos consuetudinarios por los que se rige el acceso a determinados aspectos de dicho patrimonio;
 - iii) crear instituciones de documentación sobre el patrimonio cultural inmaterial y facilitar el acceso a ellas.

ANEXO 3:

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA AL RESPECTO DEL PATRIMONIO CULTURAL

Desde una concepción amplia de Patrimonio como la que propone su preámbulo ("todo aquello que incorpora una referencia a la Historia de la Civilización forma parte del Patrimonio Histórico"), la Ley 10/2015, para la salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial, pretende incorporar al ordenamiento español el mandato y objetivos de la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial de la UNESCO, firmada por España en el año 2006. El preámbulo incluye a su vez una extensa reflexión sobre la concurrencia competencial (coparticipación diría yo) entre el Estado y las CCAA en esa función, donde al Estado le correspondería principalmente la defensa del Patrimonio que tenga alcance supraautonómico o incluso internacional, con el fin de preservar "el bien cultural" o la "pérdida de su función social".

Las Administraciones Públicas tienen el deber de salvaguardar y enriquecer los bienes que integran el PCI (art. 1 y 11), constituido por "los usos, representaciones, expresiones, conocimientos y técnicas que las comunidades, los grupos y en algunos casos los individuos, reconozcan como parte integrante de su patrimonio cultural" (art. 2). Debe respetarse en dicha salvaguardia el "protagonismo de las comunidades portadoras... como titulares, mantenedoras y legítimas usuarias del mismo" para mantener esos bienes accesibles a la comunidad (art. 3). A su vez, las Administraciones garantizarán también "la adecuada difusión, transmisión y promoción de los bienes inmateriales objeto de salvaguardia" (art. 6), en el marco del Plan Nacional de Salvaguardia del PCI, que debe desarrollar las líneas de trabajo imprescindibles para la salvaguardia del PCI, incluyendo tareas de sensibilización social, investigación y documentación, formación, difusión y protección (art. 8 y 13).

Corresponde a la Administración General del Estado (a través del Ministerio de Educación Cultura y Deporte, MECD) el diseño de dicho Plan, así como la gestión del Inventario de bienes y la Declaración de Manifestación Representativa del PCI (mediante Real Decreto, art. 12), así como elevar a la UNESCO las propuestas para la inclusión de bienes culturales inmateriales en la Lista del PCIH, desarrollar los programas y actividades de salvaguardia que reflejen los principios de la Convención, y promover conjuntamente o con otros Estados la puesta en valor del PCI compartido, estimulando la promoción de candidaturas ante las instituciones internacionales competentes (art. 11). Todo ello de una manera especial si se refiere a bienes culturales inmateriales vinculados a los servicios públicos de titularidad estatal (art. 12).

El procedimiento podrá ser iniciado de oficio por el MECD, o a instancia de una o más CCAA o de personas físicas o jurídicas, y deberá ser sometido a información pública (comunidades portadoras del Bien, otros afectados, CCAA y municipios...), recabándose informe del Consejo del Patrimonio Histórico y otras instituciones. En la documentación deberá constar una descripción clara del bien, sus usos, expresiones que comporta, comunidades y ámbitos geográficos, amenazas que concurren... La resolución debe emitirse antes de los 12 meses, teniendo el silencio efectos desestimatorios (art. 12).

