

Nuestra respuesta, ante la crisis humanística actual: Practicar una medicina de tipo integral o medicina de la personalidad.

Por el Dr. Bernardo Ebrí Torné

(Discurso realizado el 3 de Noviembre de 2010, por la entrada en Asemeya (Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas) como académico, miembro de número. Publicado on line en la página Web de Asemeya)

Excmo. Sr. Presidente, ilustrísimos Señores, amigos y compañeros, señoras y señores. Es un honor para mi haber sido admitido en la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas por lo que doy públicamente las gracias, por haber sido admitido como socio.

Y siguiendo el protocolo, paso seguidamente con el permiso de todos ustedes, a desarrollar mi discurso de entrada en Asemeya.

Nos encontramos en momentos de crisis humanística. El médico no tiene que olvidar que antes que médico es hombre, y que el enfermo antes de serlo es hombre. El contacto entre médico y enfermo debe de realizarse desde un plano humano. La deshumanización de la medicina se debe a la pérdida de valores en la sociedad. Es una realidad que palpamos todos los días, debiéndose a diversos factores, como la falta de tiempo de los médicos para atender a los pacientes y un interrogatorio correcto con el enfermo es fundamental y básico para el diagnóstico y constituye una parte esencial, pues de ella depende la confianza futura del paciente en el profesional.

Uno de los efectos de la deshumanización de la práctica sanitaria es la medicina defensiva, salida a la que acude el profesional ante el temor de ser denunciado por no ejercer una buena medicina.

El sistema actual es rígido y exige al médico en muchas ocasiones, anteponer la eficacia a la atención al paciente. Es bueno controlar el gasto, aunque es preciso que se realice dentro de unos límites.

Nunca se debió de perder el concepto del médico de cabecera, pues el contacto del facultativo con el enfermo beneficia el tratamiento y el diagnóstico. Acertar en la relación médico-paciente es la prestación más importante del Sistema Nacional de la Salud. Por ello es necesario que nos adentremos en la historia para entender mejor estas bases humanísticas que deben de presidir toda relación profesional médica.

Es Hipócrates y su escuela de Cos, quien introdujo en medicina el contacto personal con el paciente. El médico heleno sentándose a la cabecera del enfermo, marca el comienzo de la medicina personal. Es el primer médico que introduce una medicina basada en la evidencia, objetiva. Desarrolla la historia clínica a la cabecera de su paciente.

Antes de la Medicina Hipocrática, el hombre se movía en un mundo en el que se encontraba sometido a fuerzas mágicas y demoníacas a merced de dioses caprichosos y muchas veces crueles, sin voluntad ni libre albedrío. Los filósofos demostraron que el hombre es dueño de sí mismo y de su muerte. Históricamente, el hito que marca la separación entre el mito y el saber, como refiere S. Loren, se coloca en Tales de Mileto

que el sol no es un carro de fuego de Apolo surgiendo por el horizonte.

En medicina Hipócrates fue aquél hombre observador atento e inteligente de la naturaleza y de los hombres. Poseedor de buen sentido, de sentido común que es el menos común de los sentidos, supo transmitir todo lo que observaba en el paciente en tablillas. Iba trazando en ellas las primeras historias clínicas, una realidad que el padre de la medicina ha legado a sus discípulos a lo largo de los dos mil quinientos años de medicina hipocrática. Los médicos hipocráticos, ayudándose con drogas, dietas, van anotando con sinceridad y exactitud todas sus experiencias, que darán lugar al Corpus Hippocraticum . Este es una verdadera compilación médica, donde se trata todo lo que en Medicina de su tiempo se pudo saber.

Hipócrates y sus discípulos pusieron los cimientos de la Medicina moderna occidental.

Con la invasión romana, el mundo heleno fue absorbido por los vencedores, y con ello la medicina. Los médicos helenos fueron tratados como esclavos, como curanderos. Muchos historiadores llegaron a decir que la civilización romana nació sin médicos. Sólo dos nombres destacan en esta época: Asclepiadeos y Galeno. Asclepiadeos, dotado de sentido común, y con gran capacidad de sugestión cara al enfermo. Galeno inteligente y dotado de espíritu científico e investigador. Ambos, utilizando también el herbolario, supieron influir poderosamente en los médicos de su tiempo, y en los posteriores gracias al imperativo dogmático, especialmente de Galeno. Sus escritos plenos de dogmatismo, atravesando la edad media, influyeron hasta el Renacimiento, dando rigidez a las doctrinas médicas, y perpetuando errores. A diferencia de Hipócrates atendía más a su propio provecho que al del prójimo. Había aprendido la ciencia hipocrática, pero no la ética hipocrática.

El cristianismo fue quien incorporó esta ética al sentir médico dando a éste al compás de los tiempos, ese talante de doble vocación a la vez de ciencia y de sacerdocio.

La medicina hipocrática del sentido común, de la comprensión humana y del almacenamiento empírico de conocimientos, que darían posteriormente lugar a ciencia, incorporó con las ideas cristianas, un carácter que no abandonará al transcurrir los siglos. Desde este momento, todo acto médico va a ser informado por el amor, y la ética cristiana. Este ha sido el legado humanista producido por la fusión de la medicina hipocrática con la filosofía cristiana.

Existen largos siglos oscuros que se extienden desde la caída del imperio romano hasta el Renacimiento. En esta época se produjeron altibajos no sólo en lo científico y lo social, sino también paradójicamente hasta en lo ético.

Sólo al llegar el Renacimiento, especialmente con Vesalio, se produce un resurgimiento de la medicina. Este con su escalpelo va demostrando los errores de los libros de Galeno, que sólo había disecado monos y cerdos, mostrando la anatomía de un cadáver humano. Paracelso a su vez, quema en el patio de la universidad de Basilea los libros antiguos, libros hechos de dogmas. Entre las llamas perecen los aforismos de Hipócrates junto con los de Galeno, Avicena, Averroes.

Ambrosio Paré, cirujano militar, aplicando el sentido común a las heridas de guerra, consigue éxitos insospechados que encubre bajo la modesta frase: "Yo los cuido, Dios

los cura".

Se consigue así romper las cadenas de una medicina apoyada en los dogmas, pero prácticamente no quedaba ya nada. En la larga noche medieval sólo se había conservado acumulados en los monasterios la tradición transmitida de la antigüedad, pero no se había creado nada. Ahora, en el Renacimiento se rompía con el pasado, pero las manos se encontraban vacías, salvo individualidades aisladas.

Surgen, como dice Loren, los asnos solemnes con levita y puños de encaje, que pretendían curar las enfermedades a fuerza de sentencias latinas. Son los tiempos de las burlas, los sarcasmos, las persecuciones de aquellos pobres médicos, que se encontraban no sólo impotentes ante las pestes de su época, sino ante el más leve trastorno del cuerpo humano. Especialmente son objeto de mofa por los literatos. Tanto Quevedo como Moliere los satirizan cruelmente. Este último llega a morir de risa cuando estaba representando una sátira dirigida contra ellos (El enfermo imaginario), donde el mismo representaba el papel de enfermo. En plena representación se sintió muy mal, y viéndose morir, haciendo el papel de enfermo y en manos de un médico asnal, que era la criatura creada por él, le entro tal regocijo, que falleció entre enormes carcajadas, con la muerte más divertida que se conoce.

Este largo período de impotencia duró hasta que Claudio Bernard, Pasteur y Santiago Ramón y Cajal con sus aportaciones elevaron el nivel de la medicina. Bernard, mediante sus experimentos con perros, introduce la experimentación fisiológica básica. Cajal aporta con el descubrimiento de la neurona y establece la unidad del sistema nervioso, que posteriormente se haría funcional en Pavlov, creándose como el substratum orgánico de la conducta del hombre. Pasteur descubre en la platina de su microscopio los microscópicos seres causantes de las enfermedades ignoradas hasta entonces.

Nace así la medicina experimental, localicista, focalista y anatomopatológica. El pago es el olvido radical de los orígenes humanísticos de la medicina. Se crea una especie de filosofía médica de urgencia para acudir desesperadamente en ayuda del hombre, olvidando el encuadre existencial de éste. Se han creado las bases somáticas de la medicina, sacrificando las bases humanas hipocráticas. ¡Cómo si hubiesen de ser incompatibles!

Se olvida por la presura pragmática de la atención médica la unidad psicosomática de todo hombre. Comienza a ser visto el hombre por parcelas, por pequeños compartimentos cada uno de los elementos anatomofisiológicos del organismo humano. Surgen así los especialistas y superespecialistas.

Si Cajal, Pasteur, y Claude Bernard son los primeros de esta medicina científica de época, no olvidemos que Hipócrates desde la observación y el humanismo en su medicina es el pionero. Los científicos mediante la observación hipocrática, pudieron experimentar y comprobar que en la repetición de los fenómenos observados es posible inferir y sacar leyes.

Claudio Bernard a través de sus experimentos da consistencia lógica y científica a la teoría de los humores, y pone a su vez los cimientos para que otros investigadores del medio interno del hombre descubran a su vez las hormonas y los diferentes

neurotransmisores. Es el substrato químico del temperamento. Cajal nos llega a decir que es incalculable lo que una idea que parasitice constantemente la mente de un investigador puede llegar a producir. El esquema cajalano del sistema nervioso se ha revelado útil para explicarnos no sólo las interacciones de la vida vegetativa, sino también las de la vida voluntaria o de relación. Junto con las aportaciones de Pawlov ha servido de base para una concepción electrónica y cibernética del ser humano, dando paso a la robótica.

La observación prolongada de estos tres genios, sentó las bases de nuestra medicina actual. Se ha producido así un salto incalculable desde la Microbiología a la bioquímica, y de la bioquímica a la Física atómica.

Aún siendo muy completas estas aportaciones, el hombre tiene algo más, que es difícil otorgarle un substrato orgánico, y es su libre albedrío, su capacidad libre de decisión, aunque existan condicionamientos donde influyan las hormonas o su sistema nervioso. Su carácter de hombre religioso, que se pregunta por el más allá de su existencia en este mundo y ¿donde se localiza?. Para abordar estas cuestiones no hay sólo que desarrollar una medicina psicosomática, incluso el uso del psicoanálisis, sino una medicina integral, de la totalidad, que comprenda también las raíces existenciales y religiosas del hombre, su aspecto espiritual en suma.

El médico experimentado grandes cambios a lo largo de la historia. De ser valorado como casi un Dios, allá en los albores de la protohistoria de Grecia, edificándole templos, ha llegado la época actual donde como dice Loren es casi un funcionario de ventanilla, sobre todo en asistencia primaria.

Con Hipócrates, todavía el médico es reconocido gracias a su esfuerzo humanista y ética. Con el imperio romano cae a la categoría de esclavo. En la edad media, la medicina duerme un sueño de siglos en los legajos e incunables de las bibliotecas de los conventos. No existen entonces individualidades médicas, si acaso centros enteros del saber, como las escuelas de Salerno, Montecassino entre los conventos y Bolonia, Padua, Basilea.... entre las Universidades. De allí surgirán para poblar todo el Renacimiento licenciados y doctores.

El prestigio social de aquellos doctores enlevitados, de chistera y carruajes de mulas, llenos de sentencias latinas que junto con la jeringa de las lavativas y la lanceta de las sangrías, era todo su arsenal, dura hasta el siglo XVIII, donde son puestos en solfa y escarnio por los literatos y cómicos.

No logra salvar este desprestigio social del médico honrosas personalidades como un Sydenham que preconizando una vuelta a la medicina hipocrática de la observación, pasa largas horas a la cabecera de sus enfermos, ni la genial visión de Harvey descubridor de la circulación de la sangre o de Servet. Entre los literatos del siglo XVIII y las pestes del XVII y XVIII, acabaron con el poco prestigio de éste. Las apariencias de

sabiduría y el relumbrón del latinazgo cayeron fácilmente ante la impotencia en la práctica para poder atajar estas pandemias.

A lo largo del siglo XIX, nos seguimos encontrando con dos clases de médicos, unos sumidos en la oscuridad de su laboratorio, otros luciendo su prestancia y su ingenio en

los salones cortesanos.

Cuando muchos médicos, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, logran confluir en sus personas ambos aspectos el social y el científico, se produce un auge de la figura del profesional. Al regularizarse y dignificarse los estudios de la Licenciatura y del Doctorado, al crearse los Colegios de Médicos que aglutinan y elevan la moral profesional y científica del médico, va produciéndose en paralelo un aumento del prestigio social de éste. Es el tiempo del médico de cabecera, donde el profesional es a la vez que honrado científico un amigo cordial y consejero familiar, que aplica sin dogmatismos su ciencia y su amistad.

Esta es la época dorada de la medicina humanista, que sincroniza en la misma persona del profesional ambos aspectos, demostrando que no son incompatibles el saber científico y el humanismo integrador de la persona.

Se sientan las bases de la relación humanística entre el paciente y el médico. Eran unos médicos que no guardaban exclusivamente su amplia humanidad y sus conocimientos, para el beneficio de las clases pudientes y la clientela, sino que pasaban gran parte de la mañana en los centros benéficos, donde por pocos estipendios, o por ninguno, contribuían así a la justicia social, en la única posible en su época. Se llega así a un gran auge de los Hospitales de Beneficencia, donde la miseria se hermanaba con la enfermedad. Es la época en que el industrialismo iba ganando terreno en Occidente, haciendo gravitar la miseria sobre enormes masas de población, sobre cuyas espaldas se iba construyendo la nueva sociedad.

Por otra parte, la clase médica no se cerró en un corporativismo cerrado, implantando un número clausus en las Facultades, sino que éstas tuvieron que seguir creciendo ante la demanda de solicitudes de entrada, debido al gran prestigio que iba tomando la medicina. La clase médica fue siendo la más numerosa dentro de las clases profesionales.

Asistimos desde entonces a un dinamismo progresivo, en que los médicos dedicados a la investigación con sus descubrimientos han seguido elevando el prestigio de la medicina hasta unos cauces, donde la sociedad ya no se conforma con el simple y honesto actuar del profesional que curaba algunas veces, aliviaba casi siempre y consolaba siempre, sino que le demanda que cure siempre o casi siempre.

No sólo hemos asistido a descubrimientos de índole farmacológico, sino que a lo largo de esta época hasta nuestros días, la cirugía ha ido ganando terreno, llegando a la cumbre de los transplantes actuales.

Contrasta con la complejidad de los medios electrónicos tecnológicos actuales, utilizados tanto para el diagnóstico como para la terapia, aquella figura clásica del médico de cabecera, armado sólo con su ingenio, su ojo clínico, su fonendoscopio y su

martillito de reflejos. Aquella figura individual ha ido cediendo terreno ante la medicina de equipo, donde un conjunto de profesionales ejerce sus cuidados sobre un mismo enfermo, que es visto por muchos a la vez, por lo que se llega de nuevo a una medicina deshumanizada donde el enfermo es visto como un objeto, sin que se llegue en una mayoría de los casos a profundizar con él en un plano humano.

Esta medicina socializada a la que asistimos en nuestros días, se ha ido encareciendo cada vez más, de tal forma que se ha hecho prácticamente insostenible el gasto para casi todos los estados, por lo que se ha hecho necesario un control del gasto, una optimización y control de los recursos, a efectos de que éstos puedan llegar a todos. Esta preocupación por el gasto, ha contribuido también de rebote a intensificar la **deshumanización** existente; ya que se insta encarecidamente a los médicos, por parte de la administración a que contribuyan a la optimización de los recursos, importándole en realidad, más a ésta, el control del gasto que la satisfacción del usuario, y el nivel de la medicina que se ejerza. Claro está que no por mucho gastar se hace mejor medicina, sino que ésta es fruto del equilibrio entre una aplicación sabia de los recursos técnicos actuales a cada enfermo en particular, es decir individualizar en cada enfermo, no sólo el diagnóstico sino la terapia. Y para ello volvemos al viejo problema: **Hace falta tiempo** para ver a cada enfermo, y poder así crear la base suficiente humanística entre paciente y médico que haga posible un ejercicio saludable de la medicina, que tiene que ser no únicamente científica sino humana. El médico se motivaría más con un ejercicio humanístico de su profesión, saldría airoso de este engranaje social de medicina, donde es una pieza más de esta maquinaria impersonal y socializada de curar, donde ni el jefe del servicio, es conocido por los usuarios. Es esta una sociedad que pone en un saco común a todos los médicos; una sociedad pragmática que ha ido sacrificando el humanismo en beneficio de la evolución. Gregorio Marañón decía que “sólo se es dignamente médico con la idea clavada en el corazón de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con medios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no llega el saber, llega siempre el amor”.

La medicina es una ciencia inexacta basada en gran parte en supuestos Fisiopatológicos y con gran diversidad de reacciones distintas según cada paciente, tiene mucho de arte. Como dice Santiago Lorén, “un saber tan especial, tan entrañablemente humano como es el saber médico, no puede ser reducido a un tratado artesanal y deshumanizado, equivalente al de un maestro fontanero o de un oficial mecánico”. Las mismas largas explicaciones que en los libros clásicos de medicina, precedían a la explicación de una técnica, no eran superfluas; desempeñaban su papel: el lograr humanizar una ciencia, que de otro modo queda reducida a unos saberes fríos, pragmáticos, no por ello más exactos; porque no olvidemos que los saberes médicos se adquieren desde una base humanística, desde un contacto íntimo con el enfermo. Estos saberes tienen que volver a aplicarse desde esta base, así como también deben de estar recogidos, impresos en las comunicaciones científicas de tal manera que la "precisión" de su exposición no sacrifique esta base humanística. Por haber olvidado estas bases, es por lo que en la actualidad estamos asistiendo, y tal vez de una forma irreversible, si no ponemos un pronto remedio, a un desarrollo de la medicina puramente pragmática,

deshumanizadora, que no contenta ni al enfermo, ni al propio médico. De hecho cada día hay dentro del sistema más médicos desmotivados, quemados, es el "burn out".

Nuestro sistema sanitario, público y privado, está tan sumamente burocratizado y jerarquizado que impide que los profesionales que están prestando el servicio puedan tomar decisiones profesionales en pos del mejor servicio a las personas, y por ende a la sociedad. ¿Qué hubiera ocurrido si un médico decide de motu proprio salir a atender a

una persona que está en la calle? Recordemos el caso de una persona que falleció en la calle a 50 metros de un hospital sin ser atendida por nadie. Pues bien tal como están las cosas, posiblemente se le hubiera hecho responsable del fallecimiento y además hubiera tenido muchos problemas por saltarse las normas establecidas. El problema tampoco es de la dirección de aquél hospital sino de deshumanización, y si se quiere de gestión de las instituciones sanitarias bajo un modelo humanizador. Este modelo debe de permitir que los profesionales se encuentren más respaldados y con más libertad para ejercer su profesión y con ello mejorar la respuesta a la sociedad, y por ello asuman una mayor responsabilidad en su práctica diaria.

Recientemente un compañero se preguntaba ¿Qué nos estaba pasando a los que formamos parte de los diferentes estamentos sanitarios? Destacaba para responder a esta pregunta dos aspectos: En primer lugar estamos dejando que la mentalidad anglosajona impregne nuestra actuación profesional con los graves peligros que conlleva, entre otros de insatisfacción, deshumanización y judicialización de la relación sanitaria. Se constata también por la otra parte, que el paciente acaba por perder la poca confianza que tiene al sistema sanitario. Todos los profesionales encarnamos este sistema y no podemos justificarnos diciendo que el sistema no funciona bien. Los enfermos tratan con personas de carne y huesos que somos los profesionales de la salud, por lo que cada uno y pese a todas las deficiencias del sistema, ya comentadas, como la burocratización y rígida jerarquización, tenemos que interrogarnos a nosotros mismos. **El enfermo nos pide además de competencia, comprensión y trato cordial.** En segundo lugar, puede que al interrogarnos descubramos carencias y por ello sintamos miedo de hacerlo, y así poder escudarnos en el sistema por nuestra falta de generosidad, comprensión y cariño. Por ello concluye este compañero diciendo que el problema se resuelve contestando cada uno de nosotros desde nuestro propio corazón; entonces descubriremos el verdadero sentido de nuestra vocación, que es la de ayudar a nuestros pacientes, adquiriendo entonces un sentido más pleno nuestra vida.

Lo que puede aprenderse de un enfermo, no puede reducirse en definitiva a unas reglas prácticas fácilmente enunciables y estrictamente mecánicas en su aplicación.

El médico clásico, el curandero siempre han curado por sugestión (por efecto placebo), tratando de sustituir el temor del enfermo por la confianza, que se personalizaba en el mismo médico. Sobre estas bases humanísticas se asentaba la eficiencia, la posibilidad de curación. Hoy hemos olvidado estas premisas y no sólo los médicos sino también los pacientes, sobre todo si se trata de obtener una compensación económica tras una denuncia de una aparente mala praxis (actuación médica).

El profesional ante esta situación no debe de escudarse en una medicina de tipo defensivo; medicina constituida a base de solicitar una multitud de pruebas (que suplen en una mayoría de casos la falta de atención personal al enfermo) a efectos de defenderse ante los tribunales de posibles denuncias. Lo lamentable es que los jueces al no ser médicos, valoran más pruebas protocolizadas que el diagnóstico correcto efectuado al paciente y su asistencia personalizada. Valoran más la "cantidad" que la calidad en la atención. Fruto de esta medicina técnica es la judicialización de la

medicina a que estamos asistiendo. Es necesario por ello el consentimiento informado, ya que el paciente tiene que aceptar las pruebas u operaciones a que va a ser sometido, pero este consentimiento jamás debe de sustituir la confianza que el paciente tiene que tener a su médico. Lo que ocurre es que en la mayoría de las ocasiones, en esta medicina socializada en que nos movemos, los pacientes ya no eligen médico, ya que al sentirse enfermos entran en un sistema burocratizado en extremo, donde se ven asistidos por médicos que no conocen, y que por lo general se encuentran sobresaturados de trabajo, con lo que la atención personalizada no se realiza en condiciones óptimas. Y es que interesa más actualmente la cantidad que la calidad. Pasamos en consecuencia de un pragmatismo y tecnicismo a la práctica de una medicina deshumanizada. Esta situación acaba también por pasar a la larga factura al propio médico, produciéndole una desmotivación profesional. El médico queda robotizado, sujeto a protocolos estrictos que le defiendan caso de denuncias, y viendo en una mayoría de las ocasiones al enfermo como un posible enemigo, o al menos como un no amigo, que puede producirle muchos problemas. El paciente también sufrirá esta situación (pagan justos por pecadores), de tal forma que si le falta el afecto del profesional sanitario que le atiende, su estancia en el hospital (muchas veces antesala del tránsito) quedará como una amarga experiencia hasta los últimos instantes.

Las situaciones de deshumanización engendran también tensiones entre los propios médicos, de tal manera que en ocasiones son los propios profesionales quien exclaman al ver a otro consultar dudas a cerca de un caso clínico: ¿Contra quien vas?

Esta situación actual no es nueva sino que se ha repetido a lo largo de la historia con diversas matizaciones. Lo importante no obstante no es interrogarnos sino intentar contrarrestar este clima negativo que nos rodea. Respecto al paciente es el contacto personal lo más esencial que tenemos que cuidar. Hipócrates sentándose a la cabecera de sus pacientes, redactando sus historias clínicas, reencontró al hombre que se había perdido en la práctica de una medicina animista y mágica. Comprendió su dolor, y logró averiguar las causas de éste y los medios para curarlo o aliviarlo. Hoy día suele existir una falta de sensibilidad del médico en general por el dolor, pero esta situación según los expertos que tratan a los enfermos terminales, es debido a la formación que se ha recibido en el pregrado y el postgrado. El dolor se ha planteado tradicionalmente cómo un síntoma más de la enfermedad, no como una vivencia personal del enfermo que le imprime carácter, y por ello necesita de la atención personalizada y comprensiva del médico. En Estados Unidos comenta Muriel el dolor es contemplado no como un síntoma sino como una enfermedad en sí que debe de requerir un tratamiento individualizado.

Para Clavé, médico experto en bioética, el dolor y la propia muerte nos replantean si lo que estamos haciendo cada día es lo correcto: “El dolor, la enfermedad y la muerte es un proceso de aprendizaje que debe de ser abordado a través de un camino de humanización. Cuando ponemos en funcionamiento la comprensión, la compasión, el cariño, la ternura, el amor, la solidaridad..., somos capaces de afrontar mejor la realidad siempre dura de la enfermedad y la muerte”. Abordar estas cuestiones es más complicado que un abordaje exclusivamente “científico” del enfermo, desde una protocolización exhaustiva.

Es necesario que se enseñe al estudiante desde la carrera estos aspectos llamados paramédicos, que es importante conocer. De esta forma los futuros médicos sabrían plantear estas situaciones.

Expertos en el tema del dolor comentan que es necesario entre los profesionales, el intercambio de experiencias pertenecientes a diferentes disciplinas que desde su posición tratan el dolor; forman parte de las llamadas Medicinas complementarias: “Desde una perspectiva científica-humanista, la medicina, la psicología, la filosofía y las medicinas complementarias confluyen en un intento integrador de respuesta a esta realidad del hombre”. La acupuntura, la homeopatía, la homotoxicología, la terapia neural, la sofronización, entre otras varias, se ha utilizado para tratar el dolor con muy buenos resultados. Desde estas disciplinas la visión del enfermo es más unitaria, dedicándose además más tiempo al paciente que en la medicina tradicional.

La burocratización de la medicina actual puede poner irremediablemente en peligro para el futuro, el ejercicio de una medicina humanizadora. El propio dolor no es una expresión sin más de una anatomofisiología alterada, sino que implica al propio individuo que sufre en él. Una sencilla conversación con el enfermo puede hacer más que un analgésico, independientemente que la acción de éste quedará reforzada tras la atención médica personalizada.

Un reciente trabajo realizado en Londres, y publicado en la revista británica British Medical Journal (BMJ), revela que existen barreras en la comunicación médico-paciente. Los investigadores entrevistaron en Londres a 27 pacientes de edades comprendidas entre los 38 y los 94 años. Constataron como los pacientes tenían la creencia de que los médicos no les proporcionaban demasiada información sobre los problemas de salud que padecen. Los responsables del estudio sostienen que algunos pacientes se beneficiarían de una comunicación más abierta en torno a la muerte. Manteniendo un contacto personal con el paciente.

No solo en la medicina hospitalaria, sino también en asistencia primaria se evidencia este proceso deshumanizador. Los médicos intensivistas al mantener una estrecha relación con el paciente, se encuentran muy sensibilizados hacia esta problemática. Hay que ir hacia una medicina intensiva más humana y más justa, comentan muchos compañeros intensivistas. Se ha perdido en definitiva calidad en la relación médico paciente. Se ha perdido así mismo la forma de hacer medicina desde la observación. A este respecto el cirujano Enrique Moreno a propósito de la presentación del libro Marañón y su obra, escrito por el discípulo de don Gregorio, Vicente Pozuelo, incidía

9

en la necesidad de rescatar esa forma de hacer medicina basada en el trato más humano, en el amor al enfermo y su dolencia por encima de cualquier conocimiento científico o avance tecnológico, que vivía con tanta intensidad Marañón o su discípulo. “Aprendí que la humildad era necesaria ante el enfermo y que el conocimiento de la ciencia necesitaba de ella para poderse transmitir con beneficio. Me di cuenta de que la soledad y el miedo del enfermo también pueden, en una situación tan especial, necesitar del espíritu de un verdadero médico”.

En opinión de muchos los avances tecnológicos son los que han hecho que ese contacto médico enfermo que, antes era más directo, más de palpar, auscultar, hablar, interrogar

para llegar a un diagnóstico, pueda llegar a perderse. Comentan también como un diagnóstico efectuado en muchas ocasiones por especialistas que no llegan a ver al enfermo sino que trabajan con sus productos biológicos, va a influir de manera muy importante en los sentimientos de ese enfermo y en todos los que le rodean.

Buscar un apoyo más cercano y más humano con el paciente es uno de los objetivos que hay que solucionar en nuestra medicina. Hoy día la Psicoterapia analítica grupal está ganando terreno en la Medicina General como un recurso psicológico. Compartir la experiencia de la enfermedad con otros afectados permite no sólo a los enfermos mentales buscar mecanismos de autodefensa y de adaptación, sino también a los de sida y pacientes oncológicos. El paciente de cáncer requiere un cuidado afectivo y emocional básico. En este aspecto la Psicooncología es una especialidad que rompe las barreras de la incomunicación entre el enfermo, el médico y los familiares, así como favorece la aplicación de protocolos que permiten identificar precozmente las patologías psiquiátricas. La comunicación con el paciente de cáncer es decisiva. Cada paciente requiere que se le de una información individualizada. El médico debe de informar a los familiares adecuadamente, ya que en muchas ocasiones éstos tienden a desentenderse de la realidad.

Los médicos de asistencia primaria se quejan de que sólo hacen asistencia y burocracia. Manifiestan que soportan un estrés que repercute no solamente en su salud, sino en el paciente a través de posibles errores profesionales. Comentan que al médico de familia se le forma para ofrecer calidad, pero se le exige cantidad. El médico general, e incluso el especialista no pueden hoy día desarrollar todo su potencial entre otras cosas por la presión asistencial. De ahí la importancia de conceder un tiempo suficiente para relacionarse médico y paciente.

Se corre el peligro de convertir al médico en un técnico, en un ser robotizado, que sigue al pie de la letra los protocolos, sin individualizar los síndromes en cada paciente, por miedo sobre todo a errar. Esta medicina defensiva nace de la fuerte presión asistencial que limita el tiempo que el médico puede conceder a cada paciente. Tengamos en cuenta además que el médico general no sólo debe de realizar asistencia sino prevención; y además debe de seguir formándose de manera ininterrumpida, amén de investigar. Para todo ello debe de estar motivado, disponer de tiempo, tener una estabilidad profesional, y recibir un salario adecuado, que en España es de los más bajos de Europa. El médico necesita además disponer de una carrera profesional.

10

Los gestores de la sanidad tienen que planificar correctamente los recursos sanitarios, para hacer posible la práctica de una medicina más humana. Existe el peligro de que en un afán por la reducción de costes, se relegue a un segundo plano el carácter primordialmente asistencial de la profesión médica.

El propio médico debe de ayudar a gestión racionalizando el gasto, utilizando adecuadamente las nuevas tecnologías, pero esta cuestión no debe de hacerle relegar su carácter profesional y atender con todas las garantías al enfermo. Para ello, volvemos a repetir, **necesita tiempo y motivación profesional**. La administración tiene que contratar más médicos para la asistencia y la prevención. De esta manera se rebajará la presión asistencial. Este mayor coste inicial desembocará a un medio y largo plazo en

un ahorro sanitario, ya que siempre es más barato prevenir que curar, además de conseguirse un mayor nivel de satisfacción tanto para el paciente, como para el propio médico. De esta forma disminuirán los errores de los profesionales, evitándose mucha iatrogenia.

Ante este conjunto de cosas, expertos en Bioética de diferentes países, solicitan que los médicos estudien y traten los errores con el resto del equipo. El médico ha de ser técnicamente excelente y moralmente bueno. La gestión clínica es algo que los médicos venimos haciendo desde hace muchos años desde la Grecia clásica. La búsqueda de la excelencia, es el areté (la virtud) de los griegos.

Personalmente me he preguntado mentalmente en muchas ocasiones al ver a un nuevo paciente: ¿Cómo te puedo ayudar? ¿Cómo no perjudicarte con mi actuación? Y así centrando el problema clínico que se me plantea desde la persona, no únicamente desde el síndrome, voy encontrando el cómo actuar; un cómo más fácil y más lúcido para dar una respuesta adecuada individualizada al problema médico de cada enfermo (Medicina de la Totalidad). Esta visión personalizada te da una seguridad profesional, que no la otorga un ejercicio puramente técnico de la medicina.

En Asistencia Primaria, hay que hacer posible que la entrevista médica sea al menos de diez minutos, tal como solicitan los propios médicos. Los seis minutos actuales de media son totalmente insuficientes. Para hacer posible estas demandas, la administración tendría que contratar a más médicos. Habría que pasar de un médico de familia que existe en la actualidad por 2000-2500 habitantes, a uno por 1200-1400 habitantes. Los defensores de esta propuesta afirman que con tal medida aumentaría la calidad de la asistencia, se ahorraría dinero y disminuiría el paro. La actual situación impide esta buena relación, además de permitir un mayor número de errores, desmotiva al profesional, e impide que éste pueda formarse adecuadamente de una forma continuada y dedicarse a la investigación. Comentan que la presión asistencial a que se ven sometidos hace que su trabajo sea burocrático y quede reducido mayoritariamente a rellenar recetas. El tiempo a asignar a cada paciente tendría que ser en función de su patología y necesidades; de esta forma el nivel de satisfacción sería alto no sólo para los pacientes sino para el propio médico. Un paciente insatisfecho sobrecarga la sanidad. Por ello algunos compañeros propugnan quince minutos por paciente, o limitar el número de pacientes a 20 por cada cinco horas, dedicar 30 minutos cuando se trata de la

primera consulta y 20 cuando es la segunda. Los diagnósticos se realizarían con mayor certeza y mejores resultados de salud. Los pacientes se adherirían al tratamiento mejor, y se resolverían problemas más concretos.

Datos obtenidos del proyecto “Concord”, desarrollado en varios centros de salud para estudiar cómo mejorar el perfil comunicacional del residente de medicina de familia, donde participaron 190 especialistas en formación, muestran como se limitaron las quejas y las denuncias de los pacientes, y se redujo la utilización de los servicios sanitarios, con el ahorro del gasto que ello supone. La comunicación depende del ámbito en el que se realiza. Una adecuada información a cada paciente, cuando el médico es sensible a lo que cada paciente necesita y se produce un acercamiento, e incluso una negociación para que salga un plan común, se consigue un efecto positivo

en los resultados de salud. Ahora bien cuando se practica una medicina de supervivencia, viendo al día más de cincuenta pacientes de media, dedicando sólo seis minutos por cada paciente, es cuando surge el síndrome del médico quemado “burn out”. Entonces el profesional no tiene no sólo tiempo para formarse, sino que no se puede tampoco hacer programas de prevención y educación, ni se tiene tiempo para organizarse. Con una medicina así sólo se puede en la práctica hacer recetas y luego se queja la administración que se dispara la media del gasto de farmacia. Hay que tener en cuenta no obstante que el tiempo de consulta aun siendo muy importante, es condición necesaria, pero no suficiente. Hace falta también motivación del profesional, formación, y la convicción personal de que el trabajo realizado está sirviendo de algo. Puede resultar que un médico desmotivado no consuma con su enfermo ni esos seis minutos de la media actual. Son situaciones a las que no se debe de llegar. Los pacientes difíciles dejan de serlo si se les dedica tiempo, para estudio, interconsultas.

Hoy día es frecuente sobre todo en nuestros hospitales el llamado síndrome del distrés moral que se origina por no poder actuar de acuerdo con lo que una persona cree que es éticamente adecuado. Se trata de un creciente problema en los hospitales, donde los médicos y enfermeras se sienten atrapados por las demandas de administradores, compañías de seguros, abogados y familiares, que chocan con sus principios, no pudiendo en definitiva poder salvaguardar los derechos de sus pacientes. Este síndrome que puede abocar si no se pone remedio al “burn out” produce absentismo laboral, e incluso abandono del puesto de trabajo. Sentimientos de frustración, debilidad, abrumación y fatiga son frecuentes y previos a estas determinaciones. Un estudio realizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Pensilvania (Estados Unidos) concluyó que el 25 por ciento de las enfermeras de ese país experimentaron distrés moral, lo que les hizo querer abandonar su trabajo. Además, el 41 por ciento afirmaron no estar seguras de que volverían a elegir su profesión. El estudio mostró que cuando los profesionales sanitarios deseaban abandonar el trabajo era en gran parte por experimentar la citada patología y por no sentirse apoyados institucionalmente para lidiar con los problemas éticos de la profesión. Además, todo esto derivaba en una baja percepción de su profesión.

12

Si no se hace **prevención**, enseñando, transmitiendo estilos de vida (dieta sana, hábitos higiénicos, desde la perspectiva de una Medicina Biológica, Integral, y para ello hace falta la adecuada formación de los profesionales a este respecto) se fracasa a la larga no sólo en la gestión económica, sino en proporcionar al paciente una mayor calidad de vida. Un paciente no satisfecho, y ya con enfermedades declaradas, resulta más caro para la administración que la práctica de una medicina en la que funcione la prevención; aunque a lo primero se necesite una mayor inversión, sobre todo de tiempo y de un mayor número de médicos en ejercicio. Un ministro canadiense hizo un estudio que demostró que lo que más influye en la salud es el estilo de vida y lo que menos, el sistema sanitario. Esta desmotivación del médico, fruto de la fuerte presión asistencial que estamos sufriendo, que hace que se practique una medicina de supervivencia, fuertemente burocratizada, en la que la labor del profesional, su paciencia, y su saber se

le ponen en entredicho cada día, está ya siendo una realidad en la medicina hospitalaria. No debe de olvidarse que no hay que ver opuestos el humanismo y la medicina llamada científica, sino que ambos se complementan, porque al hombre, el ser enfermo no debe de ser tratado como un objeto a analizar, sino como una persona global con todas sus vertientes psicofísicas espirituales. La Medicina Psicosomática ha pretendido ser una solución al problema, ya que lo que pretende es no desligar en ningún caso el alma del cuerpo. Hace falta no obstante ahondar más en las raíces del ser humano, donde radica su esencialidad, y el hambre de trascendencia; y esta dimensión espiritual o trascendente solo la puede abarcar una medicina global, como es la Medicina de la Totalidad. La llamada Medicina Biológica versión moderna de esta medicina integral está llamada a ocupar este lugar en nuestros días. Esta medicina se asienta sobre las bases hipocráticas de acercamiento al enfermo, con grandes dosis de cordialidad, comprensión y calor humano y no es ajena a los adelantos científicos de nuestro tiempo.

La medicina de corte social que estamos viviendo se asienta sobre la justicia social, pero por las exigencias de su propia dinámica parece estar condenada a la masificación, que conlleva retardos y largas listas de espera en la asistencia especializada, sobre todo la quirúrgica. El médico lleva prisas porque tiene que llegar a todos con un cierto nivel de calidad, y no llega con el nivel de suficiente calidad que le otorgue una satisfacción profesional adecuada. La resultante es su desmotivación, y el empobrecimiento de la calidad de la medicina; una medicina tecnificada a la última, pero excesivamente protocolizada y burocrática que ha llevado de nuevo al mundo sanitario a la deshumanización actual.

Las facultades de medicina están produciendo médicos únicamente técnicos pero no humanistas. Sin ese marco paramédico adecuado que es la relación médico paciente no es posible ejercer una medicina personal y gratificante para ambos. Es necesario un nuevo replanteamiento de la enseñanza a este respecto, comenzando ya en el pregrado. Los nuevos médicos aunque tendrán que pasar por sus propias experiencias, tienen que estar mentalizados y adoctrinados de que el ejercicio de la medicina plantea numerosas y difíciles cuestiones no sólo de índole estrictamente científica, sino deontológica.

13

Como afirma Santiago Loren los grandes descubrimientos que se han dado en este pasado siglo XX, no han sido asimilados en su vertiente humana, por una sociedad pragmática y reduccionista. Aquellos que tenían que transmitir desde las aulas este espíritu humanista, transmiten únicamente una forma degradada de cotidianidad práctica por caminos estrictamente técnicos, separándose cada vez más de las fuentes originales.

Investigadores como Paulow han sido mal interpretados y manipulados políticamente. Este autor con su teoría de los reflejos condicionados afirma que el cerebro podría condicionar las funciones involuntarias del organismo. El demostró que cuando condicionaba a un perro a comer tocando una campanilla, los jugos gástricos que el perro vertía por una fístula artificial, igual los vertía cuando oía la campanilla, aunque no se le diese la comida. Manipulada su doctrina por el régimen soviético, se la puso a servicio de un concepto materialista de la vida, sirviendo de base para experimentos con

seres humanos del tipo del “lavado de cerebro”. La conciencia decían los sabios rusos no es más que la huella dejada en el cerebro por infinitas influencias verbales procedentes de la sociedad. La conciencia la fabrica el ambiente. Si modificamos el ambiente modificamos aquella. Esta no tiene consistencia propia ni autonomía. No hay esencialidad, ni inhabitación individualizada de la divinidad en el hombre, que hace que éste se mantenga en oposición y disensión con su ambiente. Al que no pensaba dentro de la conciencia alienada y colectivizada marxista se le ignoraba, o se le purgaba definitivamente, en el exilio de Siberia, o definitivamente era aniquilado físicamente. Pero el hombre sí dispone de autonomía y libertad, pudiendo incluso por dignidad ir contra sus propios intereses, enfrentándose abiertamente a una sociedad alienada. La propia muerte puede quedar aparcada en determinadas circunstancias. Cuando fue anunciado el principio de la última guerra mundial, no falleció nadie en los hospitales de Berlín. ¡Paulow fue traicionado por sus discípulos! Se impone en consecuencia una vuelta a los orígenes; concretamente desde nuestra parcela de médicos a saber transmitir en la docencia un tipo de medicina integral de estirpe humanista. En nuestras facultades no existe una asignatura de deontología profesional, o cátedra de Bioética. ¿Cómo de esta forma pueden salir formados humanísticamente nuestros jóvenes médicos? A casi nadie le importa aparentemente saber de donde vino como médico, el verdadero sentido de su profesión y su camino futuro.

Este vacío de una medicina humanista, esta necesidad de sentirse escuchado un paciente, comprendido como persona humana explica el auge del curanderismo en nuestros días, o las visitas a profesionales naturópatas no médicos. El curandero heredero de la folk medicina y de las raíces de la enfermedad como castigo de los dioses pretende servir de intermediario entre la divinidad y el hombre enfermo. Nuestra tradición cristiana heredera de la helena y semita, entiende también la enfermedad como una manifestación del pecado que existe en el hombre, y que hay que erradicar, aunque como afirmó Cristo no puede personalizarse el pecado como causante de ninguna enfermedad individual (Jn 9,2-3)

14

El curandero, el sanador sigue siendo no obstante en la tradición cristiana un intermediario de Dios, un canal; de tal manera que cuanto más diáfano se encuentre, mejor podrá transmitir la energía curativa divina.

Todo médico participa en mayor o menor grado de un poder de sanación sobre el enfermo, que no puede reducirse a la aplicación estricta de sus saberes médicos. Así durante muchos años hemos asistido a la figura del médico tradicional que curaba a veces, aliviaba casi siempre y consolaba siempre. El médico puede equilibrar estas dos vertientes de la medicina la científica y la animista que cura por sugestión, ¡que no deja de ser una curación!, dada la vertiente psicosomática del hombre y el alto grado de somatizaciones como causa de enfermedades. Cuando el profesional aborta esta capacidad que todo médico dispone en potencia, la malogra, se convierte en un técnico incapaz de sanar integralmente a la persona, aunque “cure” parcelas de salud aparentemente sólo físicas.

Paralela a esta deshumanización de la medicina, se ha consumado otro hecho también

de gran relevancia para el propio médico, y es la pérdida de gran parte de su prestigio social. Como refiere Loren el médico ha pasado a lo largo de su historia del casi Dios del mundo heleno al casi funcionario actual. La salud ha dejado de ser una caridad para erigirse en un derecho y el médico se ha convertido en su servidor, un casi funcionario, un técnico especializado, que por la gran complejidad de la materia de la especialidad tiene que dedicarse de una forma exhaustiva, sacrificando por ello su propia formación humanística, y por lo tanto deformándose como persona humana.

Después del oscurantismo de la edad media y siglos posteriores respecto a nuestra profesión, florecen tras el resurgir de las ciencias de la naturaleza, personalidades como Claudio Bernard, Pasteur, Ramón y Cajal y con ellos se asiste a un recobramiento del prestigio científico, a expensa de su vertiente científica, aunque relegándose parcialmente la vertiente humanística. Tras casi un siglo de equilibrio entre humanismo y ciencia y que dio lugar a la prestigiosa figura del médico de cabecera, verdadero médico figuron de sociedad desde mediados del siglo XIX hasta mediados del siglo XX; el médico perderá hasta la actualidad prestigio.

Hoy día como afirma Loren, el arte de curar es ya mucho más ciencia que arte y también cada vez más técnica que ciencia. No basta ya el ojo clínico del profesional, ni éste le defiende de una denuncia de mala praxis, sino la realización de una prueba morfológica, scanner o ecografía, aunque no se llegue a realizar un diagnóstico.

Cuando en el sistema jerarquizado actual de la medicina, los médicos que ostentan una función coordinadora, se convierten por "excesivo celo" al sistema en gestores y vigilantes más que compañeros, la medicina se hace muy difícil de ejercer. En su ejercicio ordinario, el médico puede estar siempre bajo sospecha de mala praxis, y tiene que estar más preocupado de ejercer una medicina defensiva (por si fuera poco ya el hecho de la sobresaturación asistencial) que ejercer una medicina creativa con la debida atención en tiempo y calidad a su enfermo. Como me decía amargamente un compañero, comentando un día estos temas: "Hay personas que te hacen tediosa el ejercicio de la medicina, y te hacen pensar en cuanto tiempo te queda para jubilarte".

15

El médico en consecuencia es ya en general (salvo honrosas excepciones) ni un semidiós, ni un sabio, ni un humanista solidario y comprensivo con el enfermo, sino un profesional robotizado, tecnificado y burocrático. Un médico deshumanizado, que está obsesivamente más preocupado en no cometer errores médicos que puedan ser objeto de denuncias. Un médico así no tiene prestigio social. Y curiosamente el prestigio social del médico lo recobra cuando a través del ejercicio privado, puede recuperarlo gracias a la debida atención de tiempo y calidad humana con su paciente.

El intentar que el médico vuelva a recobrarlo dentro del inevitable ya ejercicio socializado de la medicina, es uno de los grandes retos actuales. Este prestigio recuperado irá inevitablemente unido con el ejercicio de una medicina personalizada de corte humanístico, con una menor carga asistencial (más compañeros médicos contratados), con un diseño satisfactorio de una carrera profesional donde se de tiempo al médico de formación, con una estabilidad en el empleo y salario adecuado, y con un ejercicio donde se de a la prevención y a la Medicina Biológica Integral un protagonismo que en la actualidad deja mucho de desear.

Nos podemos preguntar si las superespecialidades han influido en esta crisis. Sin ninguna duda han sido necesarias en la medicina, dada su complejidad creciente han ayudando a crear una medicina más tecnificada y por lo tanto más mecanizada, con el riesgo de tratar al enfermo más como una cosa, tratando una parte de su cuerpo enferma, pero no como un enfermo global. Pero no es nueva en realidad esta cuestión. Ya desde antiguo comenzó a tener la división de los que ejercen la medicina. Tras la antigua separación de los cirujanos (jeir en griego significa mano) hombres que curaban con la mano, la aparición de nuevas técnicas y la imposibilidad por su amplitud de que sólo un hombre las dominase todas, han ido surgiendo las especialidades: tocología, oftalmología, otorrinolaringología... etc.

En esta situación la medicina adquiere un extenso y complejo campo de superespecialidades, tanto en investigación como en el quehacer clínico. Pero el médico no debe de renunciar a practicar el arte de la medicina y ver a su paciente con un sentido global aunque siendo especialista aborde “segmentos” de su cuerpo. El internista, como el médico general y de familia deben y deberían continuar siendo los testigos de la práctica de una medicina unitaria, que al ver al paciente como un todo hacen más difícil la deshumanización al tratarlo parcialmente. A este respecto decía Jiménez: "El médico tiene que ser a la par humano, biólogo y artista. Al especialista le interesa la enfermedad en su aspecto local; al médico general en todas las dimensiones y repercusiones generales, funcionales y orgánicas, y la vertiente psíquica de la reacción frente a la enfermedad". Decía también que el especialista dispone de más facilidad de éxito, tiene más fácil acceso a puestos de trabajo, y requiere de menor esfuerzo y de formación médica que el médico general.

José Portugal, hablando de la Medicina Interna y de las especialidades comentaba que los servicios de Medicina Interna tienen una rentabilidad demostrada en multitud de patologías. "La literatura demuestra que la estancia media en los hospitales es menor en Medicina Interna para patologías como la EPOC, embolias, neumonía simple,

16

insuficiencia cardiaca y diabetes. Además, también hay una diferencia significativa en el número de pruebas e interconsultas solicitadas". Según Portugal existen tres clases de pacientes: los que tienen un problema claro y son atendidos por el especialista; los inclasificables, crónicos y agudos que invariablemente van a interna, y el que está a caballo entre ambos extremos, el más común...

Merino comentaba también a este respecto que la tendencia en un futuro será contar cada vez más con el internista, ya que el enfermo presentará pluripatologías, por lo que es más rentable que los atienda un internista que cuatro especialistas.

La Medicina Interna cada vez tiene que servir más de conglomerante o de coordinadora de la pluripatología. El médico internista tiene que ser el nexo coordinador entre la atención primaria, el sistema sociosanitario y los hospitales. La atención primaria y la especializada tienen que mantener una excelente vía de comunicación. Los programas de formación de los médicos residentes en medicina Familiar y Comunitaria tienen como tutores a médicos internistas. Además los residentes de Medicina Interna pueden realizar también cursos de reciclaje para médicos de asistencia primaria, junto con el establecimiento de sesiones clínicas conjuntas, guías de actuación e incluso protocolos

clínicos. Además se podría atender la consulta externa de manera periódica. El internista puede marcar las pautas de las exploraciones complementarias y las consultas en las diferentes especialidades. El contacto tiene que ser estrecho también con las otras especialidades, especialmente con los geriatras, reumatólogos, nutricionistas, así mismo tiene que colaborar en la creación de unidades de investigación, así como participar en ensayos clínicos multicéntricos.

Ya comentaba en el año 1952 Rey Ardid que fue catedrático de Psicología y Psiquiatría en Zaragoza, como la tendencia era entonces ya cada vez más a la especialidad, y como se estaba produciendo un "desmantelamiento del viejo templo de Esculapio", fraccionándose cada vez más el campo de su actividad. El especialista se dedica al estudio y cuidado de un sector del ser humano, ignorando casi por completo, no sólo los restantes sectores, sino también la indivisible unidad del hombre. "Si a esto se une, seguía comentando Rey Ardid, el enfoque socializante de la actividad médica que hoy día se apunta en casi todo el mundo, bajo los más variados climas políticos y que, quiérase o no, tiende a convertir al enfermo en un ente impersonal, con su etiqueta burocrática, y al médico en un ser anónimo que cumple su deber con una gran capacidad técnica, pero con una rutina y un automatismo dignos de un perfecto 'cerebro técnico', nos convenceremos de que aquella vieja y sublime **Medicina** que mereció de Pitágoras el calificativo de divina, **ha ido perdiendo contenido humano** al conjuro de sus rápidas conquistas y de su mayor eficiencia como técnica".

Esta socialización de la medicina que ya comentaba Rey Ardid, ha ido progresivamente creciendo, unida al hecho del surgimiento no sólo de especialidades sino de las superespecialidades médicas, interaccionándose ambos factores, lo que ha conducido a la situación actual, un sistema fruto de la socialización y burocratización de la medicina, que por sí sólo tiene un alto poder deshumanizante, al considerar al paciente como un

17

número, y por otra parte también fruto de la concepción parcial que posee el especialista del individuo (los que han contribuido a la situación actual de deshumanización).

Fue precisamente como una respuesta ante la especialización, como algunos patólogos modernos conscientes de los peligros de las deformantes teorías localizacionistas y estructuralistas, así como de las exageraciones de la especialización, seguía comentando Rey Ardid, reaccionaron enérgicamente pretendiendo revalorizar no tan sólo los factores dinámicos y humorales en la enfermedad, sino también la sintética realidad del ser humano. A este respecto surgieron la patología funcional de Von Bergman, la patología constitucional de Kretschmer, la hipótesis del síndrome general de adaptación de Seyle, y principalmente la medicina antropológica de Von Weizsäcker y la medicina psico-somática de Dumbor. La frase "No existen enfermedades sino enfermos" quiere traducir este pensar.

Pero el hombre no es tan sólo un complejo psico-somático, un alma y cuerpo, sino algo más. Es un ser trascendente con una misión que cumplir y un Destino que le espera. Por encima de lo psíquico, está lo espiritual, que nos hace personas, que nos liga a lo eterno, a lo divino. Y cuando este ser trascendente enferma, se resienten todas estas vertientes del ser humano, y así como cuando se resiente el plano físico y psíquico, también se

resienten por ello su conciencia religiosa y moral. Es en la muerte o en su peligro, donde el hombre atisba lo infinito. La enfermedad es una tremenda experiencia vital que hace vibrar las más recónditas intimidades de nuestra actitud y nuestra postura en el mundo. ¿Cómo es posible ejercer la medicina desconociendo u olvidando estas verdades? ¿Cómo podemos considerar cumplida nuestra misión, los que nos dedicamos al arte de curar, si pasamos por alto la profunda significación que constituye la enfermedad para un ser humano? Es ésta una vivencia existencial, íntimamente unida a la espiritual, que todo médico tendría que dar respuesta, ya que es una vertiente del ser humano inseparable en su unidad.

Cuando enferma el cuerpo sufre también el psiquismo (o viceversa) y se resiente a la corta o a la larga, la vertiente espiritual (existencial). El enfermo somatiza y/o entra en depresión, muchas veces enmascarada. En algunos casos no hay una causa aparente como ocurre en la llamada Neurosis noogénica de Frankl, o neurosis de falta de sentido de la vida..

Si no se atiende al ser humano desde una perspectiva global, cosa hoy harto difícil en esta medicina socializada, burocrática y despersonalizada, el enfermo no se cura, a lo sumo mejora parcialmente. Se va parcheando el problema pero éste solo puede resolverse desde la propia idiosincracia del ser humano, que es, quiérase o no un ser personal, es decir global en sus tres vertientes dichas.

La crisis humanística actual supone un reto a superar por el profesional sanitario. Es un verdadero crisol que puede hacer despertar al médico vocacional que todos llevamos dentro. El síndrome del médico quemado, puede tener solución, si entre todos trabajamos para crear unas condiciones sanitarias más humanas, donde sea posible practicar una medicina más personal que haga posible que la relación médico paciente sea apropiada y no una quimera. La administración representa una labor de árbitro, dado

18

que tiene que arbitrar, facilitar y crear las condiciones de tiempo, de organigrama sanitario que hagan posibles un ejercicio humanista de la medicina.

Tratar no obstante de encontrar una solución al panorama actual de nuestra sanidad no es fácil. No sólo hace falta despertar ingenio, sino que hay que aplicar éste en forma de una operatividad tal, donde se armonicen las medidas económicas oportunas, cifras y números, pero no olvidar que el adecuado marco donde tienen que establecerse éstas es el propio hombre enfermo. Es necesario desarrollar una medicina personal que de paso a una medicina integral, de la Totalidad, y mejorar la relación médico-paciente.

Es totalmente imprescindible crear un marco de humanización en este sistema de medicina socializada en el que nos movemos en la actualidad.

¿Cómo encontrar motivaciones, condicionamientos diferentes, agentes de cambio, en esta medicina masificada, en equipo, tecnificada en extremo, que hagan posible acoplarse de nuevo a normas de ejercicio de la praxis médica, en condiciones de dignidad y liberalidad suficientes?. Hay que aceptar lo que tenemos pero renovado, humanizado.

La crisis la tienen que resolver los propios médicos, sobre todo aquellos que siendo vocacionales no se abandonan, ante una sociedad que parece despreciarles, que les lleva a los tribunales y que merma cada día su prestigio. Para los verdaderos médicos, los

vocacionales, esta crisis de la medicina en que nos encontramos, no es definitiva sino la antesala a la génesis de una nueva época, donde la salud será más individualizada e informada. El auténtico médico no cree que la socialización de la medicina sea una verdadera traición deontológica y profesional, sino un soporte válido aunque desde el cual, haya que buscar soluciones cara a la del sistema.

Según un estudio norteamericano, los pacientes prefieren a un médico que les sepa escuchar, que responda a sus preguntas y a sus dudas, y que les haga sentirse cómodos en la consulta. Escuchar al paciente es clave para ganar su confianza. (The Journal of Family Practice 2001; 50: 323-328).

La solución a toda esta disyuntiva y problemática actual engloba no sólo a los médicos, pacientes, sino al propio sistema sanitario, teniéndose que encontrar dentro del mismo sistema.

Hay que trabajar para modificarlo y humanizarlo, de tal manera que sea posible una atención individual de calidad con el enfermo, no sólo de orden técnico, sino humana, en una adecuada relación médico paciente. El reto personal que supone para cada médico un nuevo paciente, es la mejor garantía para evitar este síndrome del médico quemado, y superar así la crisis de esta medicina deshumanizada. Este modelo aunque requiere una mayor inversión a corto plazo resultaría, como hemos comentado antes, más rentable a un mediano y largo plazo. La medicina biológica, la medicina integral, se convierten así dentro de este nuevo modelo, en instrumentos indispensables para poder llevar a cabo esta reconversión.

El personal sanitario en general, médicos, ATS, etc, tienen que crear un clima de diálogo que haga posible limar asperezas, y busque soluciones a los problemas, de

19

manera desapasionada. De esta forma la convivencia será también más fácil y más productiva a la larga no solo en el hospital sino en otros estamentos del Sistema sanitario. Así no veremos a los colegas como potenciales enemigos o rivales sino como compañeros auténticos que están como nosotros embarcados en el mismo barco, por lo que resulta más conveniente para todos llevarnos bien, dentro de una sana convivencia. Entonces se trabaja más a gusto, se es más feliz, y nuestra productividad aumenta.

Para un bien de todos no hay que fomentar un secretismo en los conocimientos, sino con espíritu universitario favorecer su difusión. De esta manera todos aprendemos de todos, ayudando esta postura a crear el suficiente clima de hambre de formación, que haga que cuando en el hospital se convoque determinado curso de formación, no vayan siempre los mismos, siendo muy escasa la asistencia; porque, en definitiva muchos pueden pensar: ¿Qué me va a enseñar ese a mí?. También respecto hacia otros estamentos sanitarios, hacia otras instituciones, el médico debe de comportarse con cortesía, discreción, y mano izquierda. El sentido de prudencia, no es privativo de ninguna profesión, pero en la sanidad es una de sus mayores virtudes, tanto respecto a la aplicación de los saberes técnicos, como en la convivencia en general entre todos, incluidos enfermos y familiares.

Las relaciones entre todos tienen que ser dignas, decorosas, con espíritu de cortesía que no priva del buen humor, del humor de buen gusto, incluso del chiste constructivo. Un

clima de tolerancia tiene que privar entre estamentos, aunque ello no exonera de la crítica constructiva cuando haya que hacerla, pero siempre en diálogo directo con el interesado.

Los farmacéuticos y médicos no deben de socavar sus relaciones entre sí, antes bien éstas tienen que ser cordiales, no olvidando que el farmacéutico nunca debe de sustituir al médico.

Sólo entender la medicina como una vocación puede hacernos evitar el peligro de actuar desde nuestra profesión como asalariados, cuasi mercenarios. Las políticas de abusos sobre el paciente, el propio médico u otro personal sanitario, o sobre los derechos básicos incuestionables de los profesionales, tienen que ser denunciados y defendidos desde la vía sindical. Así mismo las políticas de mala calidad, derivadas de dar prioridad al gasto sanitario al bien del enfermo, tienen que ser también denunciados públicamente, incluso desde la mass media.

Los comités de ética de los hospitales tienen que intervenir en todas aquellas cuestiones que rocen la bioética dentro del hospital, y deben de formar en todas estas cuestiones a los diferentes estamentos hospitalarios, fundamentalmente a los médicos, enfermeras y auxiliares.

Como derechos irrenunciables del médico, cuyo respeto evitará conflictos varios con su entorno, incluido una presión sobre su propia conciencia son entre otros los siguientes:

- Libertad de prescripción, y necesaria libertad de actuación, según su leal saber y entender. Esto incluye la aplicación de todas aquellas terapias legales, admitidas además y reguladas por BOE en nuestro país, así como en uso legal en la propia

20

Comunidad Europea, de la que España forma parte; como son las terapias biológicas: homeopatía, homotoxicología, terapia neural etc.

- Supeditar el salario que recibe al trabajo habitual, no a cierta productividad de bajos costes.
- Tiene que ver asegurado el control y autoridad sobre el personal colaborador, todo dentro de la exquisitez de relaciones interprofesionales.

Así mismo tiene que cumplir unos deberes como:

- Deber de ciencia, de formación continua, aunque no exista todavía como tal una carrera profesional que promocióne al médico, siendo una de las cosas que más desmotiva a los profesionales.
- Debe de guardar el secreto profesional, incluido los restantes estamentos.
- Debe de obtener el consentimiento informado y libre de su paciente.
- Preservar la necesaria libertad de actuación de los colaboradores, aunque luego supervise según sea la complejidad de la materia, o la gravedad de la situación en particular.
- El médico como perito y como asistencial no debe de derivar pacientes del hospital a casa, que puedan ser tratados con todas las garantías de calidad en el medio sanitario socializado.

Atender debidamente todos estos derechos y deberes favorecerá la convivencia mutua, entre todos, y hará disminuir significativamente los conflictos entre el personal sanitario entre sí y con los propios enfermos y familiares, favoreciendo una humanización de nuestra medicina.

La actual situación supone un reto para aquél que quiera afrontarlo. En realidad no es una crisis de la medicina sino de los propios médicos, de su quehacer, de su profesionalidad; como en la llamada crisis religiosa no ocurre una crisis de la fe misma, que ésta es inalterable, sino de las Iglesias. La Medicina de la Totalidad a la que luego haremos referencia más concreta, se revela como el antídoto a esta crisis. Tiene que ser enseñada en las facultades, y luego hacerla viva en el ejercicio profesional a diario. Se trata en definitiva de la vuelta a un nuevo humanismo, a la necesidad de volver a las bases hipocráticas de la medicina, donde el hombre es visto como una unidad en sus diferentes vertientes física, psíquica y espiritual.

Ya eminentes hombres de ciencia a lo largo del siglo XX, como el neurólogo Penfield, el neurofisiólogo Heeb, y psicofarmacólogo Cale coincidieron en afirmar que hay algo en lo más íntimo del hombre que es imprescindible, pero que señala su existencia, señoreando a todo lo demás, incluso a la fisiología. Todos ellos destacaron que es preciso aceptar en el hombre la unión de lo físico y lo psíquico, en el estudio del cerebro. Se van revelando las bases bioquímicas de cómo el pensamiento interacciona con la materia, de la ciencia llamada psicoimmunoendocrinología, de cómo el psiquismo influye en la inmunidad y estado hormonal del individuo, y de cómo a través de técnicas de relajación mental puede actuarse, modularse la inmunidad, con la importancia que

21

ello representa para el manejo de muchas enfermedades crónicas (cáncer, autoinmunitarias....)

¿Pero cómo surge de nuevo el pensamiento? ¿Qué fuerza inicial mueve, inicia esos cambios bioquímicos que van configurando, personalizando nuestro cerebro a lo largo de la vida del individuo, de tal manera que cada persona tiene sus propios pensamientos y no otros? ¿Cómo a su vez la propia elaboración de esos pensamientos (a través de nuevos cambios bioquímicos) desemboca en sensaciones de plenitud, en determinaciones de libre albedrío, donde el individuo se ratifica unitariamente cómo persona, dueño de sus actos y con profundos sentimientos que tocan el techo de lo existencial-trascendente?

Lo que pretendo decir es que en el ser humano coexiste lo físico (bioquímico, molecular) con lo psíquico y espiritual, y que aunque ya se están encontrando las bases físicas (moleculares) de esta interacción, en nada es demostrable que éstas sean las causas de lo psíquico, sino el modo como actúan y se interrelacionan a nivel de nuestro cerebro. Kandel afirma "cómo somos totalmente libres para pensar lo que queremos y para desarrollar nuestras propias ideas". Creo sinceramente que el cerebro es un receptor indispensable para relacionarnos en nuestro mundo a nivel de la conciencia ordinaria, pero el hombre, su esencia espiritual (cuerpo energético, espiritualizado) es independiente de éste tras la muerte.

¿Cómo en definitiva sacar conclusiones de esta crisis para encontrar soluciones para la medicina de este siglo XXI? Cómo caminar hacia una nueva humanización global y

particular, personal con cada enfermo?

El propio médico a través de su experiencia profesional debe de adquirir una visión diagnóstica de los propios males sociales que le toca vivir. El tiene que ser también aquí el agente de cambio social. La imagen del médico de cabecera tiene ser potenciada porque en la Medicina General el principal medicamento es el propio médico. El paternalismo ancestral que el médico desarrollaba sobre su paciente tiene que dejar paso a un colaboracionismo estrecho en un plano de igualdad entre los dos como personas. Los avances tecnológicos no pueden dejar de lado la buena práctica diaria. El médico aporta la dirección al enfermo, es guía, propone, invita, no impone. El educa con paciencia a su paciente, en un acercamiento personal, guardando el secreto de lo que le dicen y ve. Es una relación individualizada de hombre a hombre.

Para poder salvar esta encrucijada, hay que tener en cuenta en primer lugar, que no hay una antinomia insalvable en los postulados que informa la Medicina liberal y los que obran como imperativos de la Medicina colectivizada y técnica.

En definitiva se trata de volver a un humanismo en la Medicina, sin abandonar esta Medicina Socializada, que de hecho es imposible hacerlo.

Una nueva medicina se está gestando, una medicina personalista que considera al hombre como un todo indisoluble que actúa y reacciona ante la enfermedad con todo su ser, sin que ninguna parcela de su anatomía, fisiología o psicología sea ajena a esta reacción. La medicina personalista en cierto modo es la condena de la excesiva

22

especialización, de la indiferencia con que el especialista demasiado técnico contempla todo lo que no se halle en su parcela. Una corriente de humanismo se está infiltrando entre los médicos jóvenes. Letamendi siempre pidió que el médico tuviera una formación humanística, filosófica al lado de la técnica, si quería comprender al hombre y en especial al hombre enfermo. Su famosa frase: "el que sólo sabe de medicina ni medicina sabe" resume toda su filosofía.

Ya Hipócrates 2500 años antes de Cristo sentó las bases de la medicina personal cuando a la cabecera del enfermo, confeccionaba la historia clínica. La enfermedad era considerada no solamente como un disturbio de la máquina orgánica, sino como un episodio de la biografía del enfermo con todas las implicaciones fisiológicas, psíquicas, familiares y sociales que esta concepción lleva consigo. El motivo de la desviación actual ha residido en una concepción mecanicista del ser, que ha ignorado el componente espiritual del hombre.

La medicina psicosomática de Weizsaeckner demostró que los síntomas patológicos, pueden ser símbolos de conflictos anímicos y que, hasta los pensamientos, pueden ser causa de enfermedad. La angustia existencial produce neurosis, la neurosis son traducidas por el organismo en trastornos funcionales, y éstos por un mecanismo de fijación se transforman en enfermedades orgánicas. No hay que olvidar que cuando el médico llega a ver al paciente por esos síntomas, las raíces de la enfermedad están profundamente introducidas no sólo en la personalidad del paciente, sino en el cuerpo social donde éste se encuentra integrado, o mejor dicho en muchos casos no integrado.

De la medicina personalista se pasa a la medicina de la totalidad, que es aquella que

considera las raíces existenciales-espirituales del ser humano; una medicina integral, una medicina holística, de la que la propia medicina biológica con sus bases naturistas forma parte.

La base de la medicina humanista está en la excelencia, en el sentido que la entendía Aristóteles: ser bueno científicamente y bueno en el trato humano. En los últimos años, refiere el humanista Trujillo, la excelencia en la medicina ha sido sinónimo de excelencia científica, olvidándose los otros dos pilares del humanismo: los valores y la empatía.

La revelación del médico es el encuentro de una conciencia con una confianza. "Los pilares fundamentales del médico humanista se corresponden con tres ideas clásicas. La primera es la **paideia**, que hace referencia a las ideas, los valores y los modos de expresión provenientes del mundo del arte y de las letras, y que sería la parte cognitiva. La segunda es la **filantropía**, relacionada con los aspectos emocionales como sinónimo de la **empatía** (capacidad de sintonizar intuitiva y emocionalmente con un paciente). Y la tercera es la *techne* que hace referencia a la competencia técnica. Hasta ahora a la única que se ha dado importancia ha sido a ésta quedando olvidada las otras dos".

La excelencia no es sólo excelencia científica. Toda la Medicina desde la universidad, la formación, el examen MIR, están planteadas para que sólo sobreviva el excelente científicamente y no el excelente en otras virtudes. Aparte que no tienen que verse como

23

incompatibles que un médico reúna estas dos vertientes; así debería ser y la formación en nuestras universidades tendría que girar en estos dos aspectos.

El profesional tiene que acrecentar su sensibilidad para poder apreciar desde la obra maravillosa hasta las miserias humanas más grande que vemos los médicos a diario. "Sería un falso humanismo llorar con la flauta mágica de Mozart, y después ser indiferente ante el dolor de un enfermo; ese es el falso humanista".

El humanismo va mucho con la madurez de la persona. Nunca es incompatible la presión asistencial con la práctica de la medicina humanista. De hecho muchos de los problemas actuales como la carga asistencial o el síndrome de "burn out" están en consonancia con intentar a cada uno el salario emocional.

La primera regla es acudir al trabajo con ilusiones y actitudes positivas. Aunque se esté "quemado", el paciente no puede pagar los platos rotos. La propia dignidad de la profesión se resiente si desplazamos hacia la asistencia nuestros problemas, o la falta de motivación. Se requiere no obstante para trabajar así fuertes dotes de abnegación.

Los propios gestores, olvidan que el profesional no sólo necesita incentivos económicos para desempeñar motivadamente su trabajo diario, sino también un buen ambiente de trabajo, un salario emocional. No obstante los salarios, la productividad y la eficiencia están interrelacionados.

Incentivar al médico con dinero es un camino fácil, sencillo pero a la larga no es duradero (¡siempre queremos más!). "El más duradero es el salario emocional, es decir descubrir qué cosas son las que al médico le hacen estar en buena sintonía con su trabajo. A veces son simples detalles, como tener ordenada, tener limpia la sala de

espera, tener planchada la bata, o disponer de plantas, etc, que van a crear un mejor ambiente.

Para un médico cristiano, la presencia del crucifijo en su mesa o colgado en la pared le recuerda lo sagrado de su "ministerio", de su vocación profesional: "Lo que a uno de éstos necesitados hicieres, a mí me lo haces".

El médico que sacrifica tanto de su vida privada (familia, tiempo libre) por su trabajo (estudio, enfermos) debe de hacer un hobby de su propio trabajo, procurando que éste sea siempre creativo. Cada paciente supone de hecho un nuevo reto al profesional, porque en definitiva no olvidemos, no hay enfermedades sino enfermos, personas necesitadas de ayuda no sólo para problemas físicos, sino de comprensión humana y hasta de ayuda espiritual: medicina integral, de la totalidad.

Tenemos que desarrollar la empatía, de tal manera que un individuo pueda sintonizar con otro no desde el intelecto sino también desde las emociones. Todos establecemos esta llamémosla comunicación con el otro, aunque hay personas que tienen dificultad para hacerlo, porque no utilizan esta capacidad de conexión; desconfían de los sentimientos queriendo pasarlo todo por el tamiz de la razón. En medicina, como en la dimensión religiosa, hay que seguir también esta vía de "conocimiento", ya que es mucho más directa al corazón del hombre, en definitiva de Dios que se encuentra para el creyente en todo hombre, aunque a veces esté disimulado. La medicina integral utiliza

24

esta vía, que por otra parte es esencial en medicina ya que es a su través, cuando puede desarrollarse una auténtica relación entre el paciente y su médico, crear en definitiva las bases de esa relación que es más emocional que intelectual (inteligencia emocional), desarrollándose en definitiva el ojo clínico que es un saber intuitivo, un saber inconsciente. Una relación sólo desde el intelecto es fría y aunque se llegue a un diagnóstico clínico, no puede aplicarse de forma personalizada sobre todo para la terapia, que es donde el médico "aprovechando" su conexión con el paciente individualiza la terapia y resulta ser en su persona la mejor medicina.

Sólo a través de la empatía con nuestro enfermo podremos personalizar, detectar y atender sus demandas emocionales. Las emociones compartidas igualan tanto al médico como al paciente en dignidad como seres humanos. También es necesario implicar al familiar o cuidador del paciente a efectos de que éste se sienta comprometido con el personal médico en relación al enfermo crónico o incapacitado.

No olvidemos que la vida emocional está regulada por la interacción de las tendencias genéticas, las experiencias adquiridas, los sistemas de creencias, nuestras propias valoraciones. Se modulan por la interacción de la persona con su ambiente, del sistema cultural reinante. Para algunos psicólogos, dado que nuestros juicios, nuestras cogniciones marcan nuestras emociones, la llamada terapia cognitiva puede ser de gran ayuda para el control emocional. Pensamientos positivos favorecen las funciones fisiológicas de los órganos a los que van dirigidos, como emociones negativas repercuten desfavorablemente en ellos. A través del sistema límbico y hormonal (ACTH, cortex adrenal) tanto los pensamientos como las emociones que éstos promueven pueden actuar sobre nuestros órganos internos y sistema simpático y parasimpático, tanto en el sentido del malestar, de la enfermedad (somatizaciones),

como del bienestar, la alegría y la satisfacción interior. Los neurotransmisores producidos por el propio cerebro, son la moneda de cambio que vehiculan a través de mensajes bioquímicos las respuestas emocionales. Las endorfinas y anandamidas pertenecientes al sistema cannabinoide endógeno, constituyen las llamadas "hormonas del bienestar", ya que mitigan el dolor y suavizan la tensión emocional. La práctica de un ejercicio regulado, la risa, la felicidad y la ausencia de tensiones producen también la liberación de estas sustancias, incluso la ingestión de cacao (chocolate). Las emociones también repercuten en nuestro sistema inmune. La psiconeuroinmunología estudia las relaciones que se establecen entre el sistema nervioso central, comportamiento mental, y la función inmune.

Seyle ya en 1950, observó un aumento de la susceptibilidad para las infecciones en animales sometidos a estrés. El estrés altera la respuesta inmune tanto primaria como secundaria, la función de linfocitos B, T y NK (Biondi et al). Por el contrario las personas que afrontan su enfermedad de forma positiva y adoptan un comportamiento responsable cara a ésta, experimentan una mejor evolución.

Si las emociones se interiorizan se vuelven negativas, si no se canalizan adecuadamente hacen daño al organismo, creando numerosas somatizaciones en el plano corporal: dolores de espalda, úlceras, lesiones en la piel, colon irritable, jaquecas, colitis

25

ulcerosa..... Cada persona hará su enfermedad según su predisposición genética, pero las emociones negativas contribuirán a ello, a partir del "locus minor resistente" de cada persona. La persona intentará en estas situaciones adaptarse pero si las condiciones que generan las emociones negativas persisten, se llegará al agotamiento, a la depresión por el gasto de energía que supone intentar adaptarse a una situación negativa continua. Los ansiolíticos tan en boga hoy en día, no resuelven la situación conflictiva que genera la ansiedad, sino que contribuyen a su interiorización; así impiden que las emociones afloren al plano consciente y aunque aparentemente la persona se encuentre tranquila, no resuelven la base de los problemas, ya que éstos deben de liberarse y resolverse desde su raíz, afrontándolos aunque resulten dolorosos. Los ansiolíticos pueden ayudar momentáneamente, pero nunca hay que descansar en ellos totalmente, porque nuestras emociones en definitiva son nuestras y hay que canalizarlas adecuadamente. No se puede en definitiva negar el miedo, reprimir la angustia..., hay que afrontarlos. "Hay que chupar angustia", hay que canalizarlos adecuadamente. La psicoterapia tanto de apoyo como dinámicas de grupo puede ayudarnos mucho. Cuando se comparte un problema con otro, ya se descansa.

El médico debe de dejar hablar a su paciente y escucharle. Necesitamos recibir y dar afecto, sentir autoestima, tener proyectos, ser reconocido en lo que hacemos, ser apreciados, existir a los ojos de los demás. El balance a nivel emocional es similar al físico, tiene que mantenerse en equilibrio entre las entradas y las pérdidas. Si generamos emociones y no las soltamos hasta el final, no nos desahogamos, y estas nos hacen daño.

Tenemos que controlar, canalizar, tener un cierto grado de dominio de los sentimientos, pero no ahogarlos, ni suprimirlos. A través del deporte, de la gimnasia aeróbica, del tai-chi, yoga, zen..., pueden liberarse nuestras emociones y modularlas.

El médico debe de favorecer un clima positivo alrededor de su enfermo, así como con sus familiares. Saber influir en el enfermo de forma positiva es una habilidad y una tarea del médico a desarrollar, ya que las emociones son contagiosas. Controlar las emociones no es pues suprimirlas sino canalizarlas adecuadamente. Si se tienen ganas de llorar se llora, y no hay que pedir disculpas por ello. De esa forma la tristeza se va venciendo, el duelo se hace más soportable. De esa manera vamos gestionando nuestros choques afectivos. Canalizar las emociones no es tampoco dirigirlas contra el otro. Por ejemplo canalizar la ira no es tratar mal al que tenemos delante, sino reconvertirlo de una forma creativa. Indiscutiblemente que para actuar así, el sujeto tiene que tener una preparación psicológica, que se aporta en las terapias. El modelo evangélico de tolerancia con el prójimo se nos ofrece también como una alternativa saludable.

El autocontrol del profesional de la salud es esencial para establecer una relación de apoyo eficaz. Permite identificar y gestionar las propias emociones y conocer nuestro estado de ánimo; facilita el manejo de la incertidumbre y la dosificación de la información y mantiene una esperanza inteligente (Sanz Ortiz). Ciertas técnicas que trabajan sobre la base corporal pueden ayudarnos a sentirnos mejores; así contraer los músculos faciales para intentar sonreír pese a que las condiciones psíquicas no sean

26

favorables, contribuye a evocar el sentimiento correspondiente. Sonreír cuando se está triste y silbar cuando se tiene miedo ayuda a evocar el sentimiento emotivo correspondiente. Un control adecuado de las emociones mejora no sólo al paciente en su calidad de vida y adaptación a su enfermedad, sino que protege al mismo médico contra estímulos estresantes. El personal puede prevenirse así del síndrome del profesional quemado.

Decía un famoso clínico de épocas pasadas William Osler que, "tan importante es conocer a una persona que tiene una enfermedad, cuanto conocer la enfermedad que la persona tiene".

Los médicos sabemos como funciona el riñón de un paciente, pero no como son sus sentimientos, ilusiones, proyectos..., y éstos son también parte del enfermo, son el mismo. Si no los abordamos también no estaremos haciendo una medicina integral.

Esta habilidad que tiene que desarrollar el profesional con su paciente, tendría que ser en cierta manera enseñada en las facultades, en cursos de postgrado y durante la formación MIR. Son habilidades que pueden mejorar con su uso. Y son buenas para todos. El profesional tiene que pagar no obstante un precio por ellas y es el tiempo que tiene que invertir, tiempo que por otra parte lo ganará en madurez como persona. "Nunca se pierde el tiempo con un paciente. Siempre nos comunica algo y aprendemos". Esta es una de las cosas que no sólo tenemos que decir a los estudiantes, sino que también es necesario que nos las apliquemos los profesionales. No son únicamente tareas para los médicos llamados humanistas, sino para todos.

Controlar las emociones supone en consecuencia favorecer la relación médico paciente para luego poder aplicar los conocimientos estrictamente técnicos al enfermo, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Son como el marco de un cuadro que necesita estar bien tensado para poder pintar luego (aplicación técnica de la medicina).

José Antonio Marina, premio nacional de ensayo en 1996 y coautor del Diccionario de las Emociones, nos dice que "no se puede ser rápido en la ternura. Cada relación con una persona exige un tiempo determinado y un ritmo de ese tiempo". No bastan unas palabras rápidas dichas al paciente, hay que establecer una correcta relación, desarrollar la empatía. "En esa relación médico paciente, los silencios siempre son comunicaciones cifradas que el médico debe de intentar descifrar. Los silencios pueden ser por no tener nada que decir o por ocultar hablar algo. El médico tiene que echar en falta que no se hable de ciertas cosas. Siempre que se habla se toman decisiones. Muchas veces son tremendas las cosas que el enfermo no quiere decir por vergüenza o por pudor. Hay entornos muy patológicos. Hay un silencio de la familia que se llama el secreto de familia. Hay cosas que ningún miembro de la familia va a decir fuera. Una de las grandes habilidades del facultativo debe de ser de crear un ambiente de seguridad para que se confíe en él y se anulen los silencios patológicos. El médico no sólo debe comunicar, sino también ser un buen estimulador de la comunicación. Estas situaciones exigen al médico una especial capacidad afectiva. Necesita recuperar una especial calma para no caer ni en la desesperación ni en la resignación. La gran salvación del médico es

27

caer en la cuenta de que hasta que punto es benefactor. No logra nunca que desaparezca la desgracia pero puede paliarla por muchos caminos".

El profesional se halla ante la tentación dada la presión asistencial que soporta, en pasar de puntillas por la habitación del paciente, aplicar sólo los conocimientos técnicos, trabajar casi exclusivamente con los papeles del enfermo.

Marañón era una persona con una vida profesional, literaria e investigadora muy intensa. Un día le preguntaron cómo podía hacer tantas cosas "Mire usted, le replicó, yo me considero un trapero del tiempo. Cada uno tenemos una medida del tiempo. Yo como sólo tengo un cuarto de hora para hacer algo lo aprovecho al máximo para poder disfrutar también de otras cosas que no son mi profesión. Necesitamos una gestión más inteligente del tiempo".

Marina cuenta una anécdota respecto de ¿quién fue el mejor en su profesión, quién sabía más ¿Marañón o Jiménez Díaz? Refiere que en una reunión donde había surgido esta pregunta, un médico viejito dijo: "yo se quien era mejor facultativo". Había sido este médico catedrático de Patología en el Hospital Clínico de San Carlos y hacía la autopsia de los enfermos de Jiménez Díaz y Marañón. Contaba que Jiménez Díaz sabía mucha más medicina que Marañón, pero éste curaba más que aquél.

"Curar es una tarea muy compleja, porque muchas veces no se cura una enfermedad, sino un ser humano entero y para eso hay que saber lo que tienes por delante. Si el médico general delega en todo al especialista, al final resulta que hemos hecho un mosaico de la persona y no sabemos cómo recomponerlo".

El médico necesita también estudiar sobre su profesión. La especialización ha hecho muy difícil que un médico se lo sepa todo. Cada vez es más difícil estar al día en lo tuyo, y máxime un internista; aunque hoy día disponemos de técnicas como Internet que te pueden ayudar mucho. Para mí otra tentación del médico sería encerrarse sólo en el estudio de su profesión. Ortega y Gasset ya hablaba en su tiempo de la barbarie del

especialismo, del peligro de encasillarse tanto en una materia que se pierde la perspectiva. Los árboles no dejan ver el bosque. A este respecto comenta Marina que "Los médicos deben de evitar caer en la rutina. Suelen caer en ella por la desesperación, ya que les produce tal ansiedad el estar al día que se prefiere prescindir de ello. El médico solitario tiene cada vez menos posibilidades de curar y tiene que integrarse en grupos inteligentes de medicina, donde se va a tener más posibilidades de ayudarse unos a otros. Aunque cada persona posea su inteligencia particular, ésta se desarrolla peor o mejor dependiendo del grupo en el que esté. Necesitamos fomentar la inteligencia compartida que es lo único que nos puede permitir aprovecharnos de la especialización sin caer en el analfabetismo especializado. El médico como cualquier otra persona, no sólo debe de hacer cosas sino conocer el significado de lo que se está haciendo. Los sentimientos son un balance de nuestra situación. Son fuentes de información que nos dicen qué tal nos está yendo las cosas. Ahora bien si son perturbadores pueden sesgar la información, porque no se ajustan a la realidad. Llevamos 25 siglos premiando la inteligencia cognitiva que tiene como culminación la ciencia. La nueva idea de inteligencia, que va dirigida no al conocer sino a la felicidad y a la perfección de la vida

28

personal culmina en la ética. Lo más inteligente que puede hacer un ser humano es crear un marco ético que facilite la felicidad personal y la dignidad de la convivencia. El siglo XX es un ejemplo de los disparates que se cometen cuando se da demasiada importancia a la inteligencia en su función cognitiva. Ha sido el siglo del gran avance de la inteligencia y también el más cruel de todos".

Creo que con todo lo que hemos comentado, podremos disponer de unas bases para practicar una medicina más humana, donde la relación con el paciente presida todo nuestro ejercicio profesional. Nunca insistiremos lo suficiente como el profesional tiene que tener delicadeza con su paciente y procurar mantener su intimidad. No hurgar más de lo que no favorezca el diagnóstico y el tratamiento.

RESUMEN

El autor realiza un análisis de la Crisis Humanística actual de la Medicina. Efectúa a este respecto, una revisión histórica hasta nuestros días. La deshumanización de la medicina se debe a la pérdida de valores en la sociedad. Nos encontramos en momentos de crisis humanística. El médico no tiene que olvidar que antes que médico es hombre, y que el enfermo antes de serlo es hombre también. El contacto entre médico y enfermo debe de realizarse desde un plano humano. Es una realidad que palpamos todos los días, debiéndose a diversos factores, como la falta de tiempo de los médicos para atender a los pacientes. Por ello, un interrogatorio correcto con el enfermo es fundamental y básico para el diagnóstico y constituye una parte esencial, pues de ello depende la confianza futura del paciente en el profesional. Es esta una sociedad que pone en un saco común a todos los médicos; una sociedad pragmática que ha ido sacrificando el humanismo en beneficio de la evolución.

Uno de los efectos de la deshumanización de la práctica sanitaria es la medicina defensiva, salida a la que acude el profesional ante el temor de ser denunciado por no ejercer una buena praxis.

El autor insiste en la conveniencia de la práctica de la Medicina de base hipocrática, siendo su mejor exponente en la actualidad, la Medicina Integrativa. Cita en su discurso a diferentes y eminentes médicos humanistas como fueron Letamendi, Marañón, Ramón y Cajal...A este respecto, Gregorio Marañón decía que “sólo se es dignamente médico con la idea clavada en el corazón de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con medios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no llega el saber, llega siempre el amor”.

Nuestro sistema sanitario, público y privado, está tan sumamente burocratizado y jerarquizado que impide que los profesionales que están prestando el servicio puedan tomar decisiones profesionales en pos del mejor servicio a las personas, y por ende a la sociedad.

Es necesario enseñar al estudiante desde la carrera, a interesarse por los aspectos humanísticos de la Medicina. De esta manera los futuros médicos podrían responder adecuadamente a situaciones a situaciones difíciles con los pacientes y sus familiares,

29

realizar una adecuada información y un tratamiento correcto con el paciente grave. Comentan que al médico de familia se le forma para ofrecer calidad, pero la administración le exige cantidad. Los médicos de atención primaria se quejan de que sólo proporcionan asistencia y burocracia. Afirman que soportan un estrés que afecta no sólo a su salud, sino también al paciente, debido posibles errores profesionales. El médico general, e incluso el especialista no pueden hoy día desarrollar todo su potencial, entre otras cosas por la presión asistencial. De ahí la importancia de que exista un tiempo suficiente para relacionarse médico y paciente. Se corre el peligro de convertir al médico en un técnico, en un ser robotizado, que sigue al pie de la letra los protocolos, sin individualizar los síndromes en cada paciente, por miedo sobre todo a errar. Esta medicina defensiva nace de la fuerte presión asistencial que limita el tiempo que el médico puede conceder a cada paciente.

El médico necesita también estudiar sobre su profesión. La especialización ha hecho muy difícil que un médico se lo sepa todo. Cada vez es más difícil estar al día en lo tuyo, y máxime un internista; aunque hoy día disponemos de técnicas como Internet que te pueden ayudar mucho. Para el autor, otra tentación del médico sería encerrarse sólo en el estudio de su profesión. Ortega y Gasset ya hablaba en su tiempo de la barbarie del especialismo, del peligro de encasillarse tanto en una materia que se pierde la perspectiva. Los árboles no dejan ver el bosque. A este respecto comenta Marina que "Los médicos deben de evitar caer en la rutina. Suelen caer en ella por la desesperación, ya que les produce tal ansiedad el estar al día que se prefiere prescindir de ello. El médico solitario tiene cada vez menos posibilidades de curar al paciente y tiene que integrarse en grupos inteligentes de medicina, donde se va a tener más posibilidades de ayudarse unos a otros. Y aunque cada persona posea su inteligencia particular, ésta se desarrolla peor o mejor dependiendo del grupo en el que esté. Necesitamos fomentar la inteligencia compartida que es lo único que nos puede permitir aprovecharnos de la especialización sin caer en el analfabetismo especializado. El médico como cualquier otra persona, no sólo debe de hacer cosas sino conocer el significado de lo que se está haciendo.

Estos aspectos y soluciones comentados ante esta crisis, son abordados y desarrollados ampliamente en este Discurso que realizó el autor al entrar como académico en ASEMEYA.

SUMMARY

Our response to the current humanistic crisis: Practicing an integral medicine or medicine of the personality

The author analyzes the current Humanistic Crisis of Medicine. In this regard, it makes a historical revision to this day. The dehumanization of medicine is due to the loss of values in society. We are in moments of humanistic crisis. The doctor does not have to forget that before a doctor is a man, and that the patient before he is a man, too. The contact between doctor and patient must be made from a human plane. It is a reality that

30

we feel every day, due to various factors, such as the lack of time for doctors to care for patients. Therefore, a correct questioning with the patient is fundamental and basic for the diagnosis and constitutes an essential part, because of it depends the future confidence of the patient in the professional. This is a society that puts all physicians in a common position; a pragmatic society that has been sacrificing humanism for the benefit of evolution.

One of the effects of the dehumanization of the sanitary practice is the defensive medicine, exit to which the professional comes before the fear of being denounced by not to exert a good praxis.

The author insists on the convenience of practicing Hippocratic Medicine, being his best exponent at present, Integrative Medicine. He quotes in his speech to different and eminent humanist doctors such as Letamendi, Marañón, Ramón y Cajal ... In this regard, Gregorio Marañón said that "one is only worthily doctor with the idea nailed to the heart that we work with imperfect instruments and means of insecure utility, but with the certain awareness that as far as knowledge does not come, love always comes".

Our health system, public and private, is so highly bureaucratic and hierarchical that it prevents the professionals who are providing the service to make professional decisions in order to provide the best service to people, and therefore to society.

It is necessary to teach the student from the career, to be interested in the humanistic aspects of Medicine. In this way, future doctors could respond adequately to situations in difficult situations with patients and their families, make adequate information and a correct treatment with the severe patient.

Primary care doctors complain that they only pay attention and bureaucracy. They state that they endure stress that affects not only their health, but also the patient, due to possible professional errors. They say the family doctor is qualified to offer quality, but administration requires quantity. The general practitioner and even the specialist cannot today develop their full potential, among other things by the caregiver pressure. Hence the importance of having enough time to relate to the doctor and the patient. There is the danger of turning the doctor into a technician, into a robotic being, who follows the protocols literally, without identifying the syndromes in each patient, for fear of

everything to err. This defensive medicine is born of the strong pressure of care that limits the time that the doctor can grant each patient.

The doctor also needs to study about his profession. Specialization has made it very difficult for a doctor to know everything. It is becoming more difficult to keep up with your business, and especially an internist; although today we have techniques like Internet that can help you a lot. For the author, another temptation of the doctor would be to lock himself up only in the study of his profession. Ortega y Gasset already spoke in his time of the barbarism of the specialism; the danger of losing perspective. Trees cannot see the forest. In this regard Marina comments that "Physicians should avoid falling into the routine. They tend to fall into it because of despair, because it causes them such anxiety to stay up to date that is preferred do not do it. The lonely doctor has less and less possibilities of curing the patient and has to integrate into intelligent groups of medicine, where he is going to have more possibilities to help each other. And

31

although each person possesses his particular intelligence, it develops worse or better depending on the group in which he is. We need to foster shared intelligence that is the only thing that can allow us to take advantage of specialization without falling into specialized illiteracy. The doctor like any other person, should not only do things but know the meaning of what is being done. These aspects and solutions commented on this crisis, are addressed and developed extensively in this speech that the author made when entering as an academic in ASEMEYA (Association of Medical Writers and Artists)

BIBLIOGRAFIA

- Admiraal. P, Euthanasia and assisted suicide, en: Tomasma. DC, Kushner. T, editors, Birth to death. Science and bioethics, New York: Cambridge University Press 1996; 207-217.
- Advisory Committee on Medical Training. Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education. Brussels, October de 1992, III/F/5127/2/92-En Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York 1910.
- Albertos. F, Tratado de Medicina Integral: Hacia una Medicina Ecológica, Instituto de Medicina Integral, Las Mil y una Ediciones, Madrid 1983.
- Alexander. F, Bruddhistic Training as Artificial Catatonia: psychoanalytic, Review 1923, 18, 129-145.
- Alonso J, Navarro. A, El estrés, Medicina clínica 1993; 100 Supl 1:26-28.
- Alonso S, Navarro E, Castellano MA, Rodríguez M. Estrés-Neurotransmisión-Depresión. Canarias Med 1991; 3: 6, 35-39.
- Alonso S, Navarro E, Rodríguez M. Estrés y depresión. Med Clin (Bare) 1991; 97; 312-314.
- Alvarez. J, Mística y Depresión, San Juan de la Cruz, Trotta, Madrid 1998.

- Andolz. R, Diccionario Aragonés, Librería General, Zaragoza 1977.
- Anisman H, Lapierre JD. Aspectos del stress y la depresión: formulaciones y propuestas. En: NeufeRWJ, editor. Psicopatología y stress. Barcelona; Toray, 1984; 194-238.
- Alvarez-Dardet. C; Ruiz. María Teresa, Esperanza de vida, de igualdad y de capacidad, Medicina Clínica 1993; 100 suplemento 1, 20-22.
- Andreu R, Ricart JE, Valor J. Innovación de procesos y aprendizaje organizativo. Harvard Deusto Business Review 1996; 70: 24-37.
- Argyris C, Schon DA. Organizational learning: a theory of action perspective. Reading, MA: Addison-Wesley, 1978. 892.
- Asín. M, Amor humano, amor divino: Ibn Arabi, El Almendro, Córdoba, 1990.

32

- Avilés. J, Prontuario de Homeopatía y Terapias biológicas, Edaf, Madrid, 1996.
- Babic. A, et al, Extraction od diagnostic rules using recursive partitioning systems. Artificial Intelligence in Medicine 1992; 4: 373-387.
- Beachamp. TL, Distributive justice and morally relevant differences, en: The National Commission for the protection of human subjects of Biomedical and Behavioural Research: The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, Appendix I, Washington: HEW Publication (OS) 78-0013, 1978; 6.1-6.20.
- Belmonte. M, El futuro de los medios diagnósticos en medicina, Medicina Clínica 1993; 100 Supl 1: 47-51.
- Benatur. S R, Importancia de la ética médica como esfuerzo internacional, Organización Médica Colegial 1994; 39: 35-39.
- Bengoechea. A, La felicidad en San Juan de la Cruz, Editorial Miriam, Sevilla 1984.
- Biondi. M; Kotzlidis. GD, Psychoneuroimmunology to day: current concepts and relevance to human -disease, en: Lewis. CE, O'Sullivan. C, Barraclough. J, editors. Thepsychoimmunology of cancer, Mind and body in the fight for survival, Oxford University Press 1994; 3-36.
- Blum. B, Selected topics in medical artificial intelligence (preface), en: Milller. Pl, editor, Berlin: Springer1988.
- Blumenthal D. The vital role of professionalism in health care reforms. Health Affairs 1994 (special issue: The Clinton Plan, pro and con): 252-256.
- Bonfill. X, Cáncer y calidad de vida, Med Clín 1990; 95:106-109.
- Bonfill. X, El posible papel de la epidemiología clínica en los hospitales, Rev Salud Pub 1991; 2:167-184.
- Botstein. D; White. RL; Skolnick. MH; Davis. RW, Construction of a genetic linkage map in man using restriction fragment length polymorphisms, Am J Hum Genet 1980; 32: 314-331.
- Bouyer. L, Diccionario de Teología, Herder, Barcelona, 1977.
- Branden N. Self-esteem in the information age. En: Hesselbein F, Goldsmith M, Beckhard R, editors. The organization of the future. San Francisco, CA. Jossey-Bass Pub., 1997; 221-229.
- Broggi Trias. MA, Comités de ética hospitalarios, Med Clín 1991; 96: 617-618.
- .Bueno. M, bioética y Pediatría, Anales de la Real Academia de Medicina de Zaragoza

2000; LXXV: 39-58.

- Buring. M; Saz. P, Introducción a la Medicina Naturista, Paidós, Barcelona 1998.
- Caiman KC. Postgraduate specialist training and continuing professional development. Medical Teacher 2000; 22: 448-451.
- Capra. F, El punto crucial, Integral, Barcelona 1991.
- Carrasco G. Gestion Clínica: ¿una asignatura pendiente en la formación de los profesionales de la salud? Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 394-395.
- Carrel. A, La incógnita del hombre, Iberia, Barcelona 1994.
- Claus. F; Clausen. MD, Homotoxicología. El núcleo de un planteamiento holístico y probiótico de la medicina, Aurelia Verlag, Baden-Baden 1989.
- Código Penal (6º ed), Madrid: Tecnos 1989.

33

- Código de Ética y Deontología Médica, Organización Médica Colegial, Aragón Médico-1999; Separata, pág 19-26.
- Conferencia Episcopal, Texto para la defensa de la vida. La Eutanasia, Marzo 1993, Ecclessia, 1993, nº 2624.
- Corning. ME; Cummings. MM, biomedical Communications, En Bowers. JZ, Purcell. EF, editors. Advances in American Medicine, New York: Josiah Macy Jr 1976; 726-736.
- Crof. S, Psicología transpersonal, Editorial Kairós, Barcelona 1987.
- Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999; 185-344.
- Couceiro A. Las voluntades anticipadas de los enfermos (I). Jano 2001; 1375: 98-99.
- Curtoni S, Sutnick CK. Number of physicians and medical students in Europe and the United States. Acad med 1995; 70: 688-691.
- Davis D, Thomson MA, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P et al. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? Jama 1999; 282: 867-874.
- De Pablo R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Aten Primaria 1998; 22:580-584.
- Diario Médico, Un buen estado anímico favorece la respuesta terapéutica en cáncer, Madrid, 7 de Mayo de 1999.
- Diccionario de Sabiduría Oriental, Ediciones Paidó, Barcelona 1993.
- Domínguez. C, Experiencia Mística y Psicoanálisis, Cuadernos Fe y Secularidad nº 45, Sal Terrae, Santander 1999.
- Donabedian. A, Needed research in the assessment and monitoring of medical care, Publication nº (PSH) 78-3219. Washington, D!C.: U. S. Department of health, Education and Welfare 1978.
- Doossey. L Cousins. N, Kübler-Ross. E, Harner. M, May. R, Dass. R, La nueva salud, Editorial Kairós, Barcelona 1990.
- Dürckheim. KG, El maestro interior, Mensajero, Bilbao 1989.
- Dürckheim. KG, Experimentar la Trascendencia, Luciérnaga, Barcelona 1992.
- Dürckheim. KG, Hacia la vida iniciática. Meditar, por qué y cómo?, Mensajero, Bilbao 1992.

- Dürckheim. KG, El despertar del ser. Etapas de maduración, Mensajero, Bilbao 1993.
- Dürckheim. KG, Práctica del camino interior, Mensajero, Bilbao 1994.
- Ebert RH, Ginsberg E. The reform of medical education Health Affairs 1988; 7: 5-9.
- Ebrí. B, ¿Por qué hipocresía?, Noticias Médicas de Junio, Madrid 1983.
- Ebrí. B, La Otra cara de la Medicina: ¿Qué es el hombre?, Certeza, Zaragoza 1999.
- Ebrí. B, La Otra cara de la Medicina: El hombre ante el dolor y la muerte. ¿Hay algo después de la vida?, SIF/Mira Editores, Zaragoza 2000.
- Ebrí. B, La Otra cara de la Medicina: ¿Hacia donde vamos? SIF/Mira editores, Zaragoza 2002.
- Ebrí B, Entre dos vidas. Mira Ediciones. Zaragoza 2004.

34

- Ebrí. B, La Otra cara de la Medicina: Mística del día a día. Mira Editores. Zaragoza 2008.
- Eskinazi d. Homeopathy re-revisited –Is homeopathy compatible with biomedical observations? Arch Inter. Med 1999; 159:1981-7.
- Estivill. X; Nunes. V; Gallano. P, Genética molecular en la investigación y el diagnóstico de la patología humana, Med Clin 1990; 94: 541-547.
- Estivill. J, Proyecto Genoma Humano: realidades y esperanzas, Medicina Clínica 1993;100 Supl 1: 52-53.
- Estudi de la professió mèdica. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 1994.
- Fernández. JM, El kempis del enfermo, Sociedad de Educación Atenas, Madrid 1982.
- Fernández Alonso M. Perfil del alumno de primer ingreso a la facultad de medicina de la UNAM. Rev Fac Med 1986, 29: 17-29
- Fernández. M, La última Frontera, Médicos 2001; 3: 24-25.
- Ferreiros Espinosa C, Radiaciones ionizantes. Características generales y efectos biológicos. En: Gestal Otero JJ, editor, Riesgos del trabajo del personal sanitario. Madrid; Me. Graw-Hill-Iberamericana, 1989; 164-191.
- Fish C, Coles C, Editores. Developing professional judgement in health care. Learning through the critical appreciation of practice. Oxford: Butterworth-Heinemann 1998.
- Fish D, Coles C. Towards a re-vision of professional practice. En: Fish D, Coles C. Editores. Developing professional judgement in health care. Learning through the critical appreciation of practice. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998; 3-74.
- Forum d'Hospitals 1999/2000. Debat dels metges d'hospitals al COMB. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona 2000.
- Frankl. V, Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la Psicoterapia, Herder, Barcelona 1987.
- Frankl. V, El hombre en busca de sentido, Herder, Barcelona 1988.
- Frankford DM, Konrad TR. Responsive medical professionalism: integrating education, practice, and community in a market-driven era. Acad Med 1998; 73: 138-145.
- Frankford DM, Patterson MA, Konrad TR. Transforming practice organizations to foster lifelong learning and commitment to medical professionalism. Acad Med 2000; 75: 708-717.
- Fromm. E, Psicoanálisis y Religión, Paidós, Buenos Aires, 1963, p.30.

- Fromm. E, El corazón del hombre, Colección popular, México 1996.
- Gafo. J, La Eutanasia, Cuadernos BAC, Madrid 1984, nº 82.
- Gafo. J y cols, Dilemas éticos de la medicina actual, Publicaciones de la Universidad – Pontificia de Comillas, Madrid 1988.
- Gafo. J, Diez palabras clave en Bioética, Verbo Divino, Estella 1993, 216-220.
- Gafo. J, Problemas éticos del Proyecto Genoma Humano, en Gafo. J, (Ed), Ética y Biotecnología, Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1993, 225-226.
- Gafo. J, La sorpresa científica de la clonación, Razón y Fe 1997; 235: 363-376.

35

- Gafo. J, La clonación. Datos, respuesta social, reflexiones éticas, Revista de Teología Pastoral, Sal Terrae, Maliaño(Cantabria) 1999; 87/7: 555-567.
- Garon. C, La salud emocional, Kairós, Barcelona, 1997.
- Germán. E, Fajardo-Dolci. M.C y cols. Selección de la Carrera y Perspectivas de Desarrollo Profesional en Estudiantes de Medicina. Salud Pública de Méjico 1995; 37: 1: 31-36.
- Gervás. J, Política sanitaria y medicina general: Silvia se fue a Estados Unidos, El Médico, 17 de Octubre de 1992; 463: 20-21.
- Gimeno-Bayon. A, Comprendiendo como somos. Dimensiones de la personalidad, Desclée de Brouwer.-Bilbao 1996.
- Gómez Batiste. X, Decisiones al final de la vida: aspectos éticos, asistenciales y jurisdiccionales, en: Decisiones al final de la vida.-Normas y textos jurídicos, Madrid:- Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo General del Poder Judicial, 1999; 29-37.1974.
- Gourdon. J B; Laskey. R A y Reeves. O R, "The development capacity of nuclei transplanted from keratinized skin cells of adult frogs", J. Embryol. Exp. Morph 1975; 34: 93-112.
- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000; 21-41.
- Grant J, Chambers E, editors. The good CPD guide. A practical guide to manage CPD. Londres. The Joint Centre for Education in Medicine, 1999.
- Gutierrez. JL; Regidor. E, Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud, Med Clín 1991; 96: 453-455.
- Hafferty PW, Light DW. Professional dynamics and the changing nature of medical work. J Health Soc Behav 1995(extra issue): 132-153.
- Hamilton JD. A community and population oriented medical school. Newcastle, Australia. En: White KL, Connelly JE, editors. The medical school's mission and the population's health. New York: Springer, Verlag, 1992; 164-202.
- Häring. B, Moral y Medicina, Perpetuo Socorro, Madrid 1971.
- Häring. B, La Fe, fuente de salud, Paulinas, Madrid 1990.
- Hart. A, Connectionist models in medicine: an investigation of the potential, en: Lecture notes in medical information, Berlin: Springer 1989; 38:115-124.
- Hasler J. The need for professional development. En: Pendleton D, Hasler J, editores. Professional development in general practice. Oxford: Oxford University Press, 1997; 3-8.

- Heine. H La matriz extracelular y su regulación, Medicina Biológica 1993; 1: 124-126.
- Heine. H, Homotoxicología. Una síntesis de las orientaciones médicas basadas en las ciencias naturales, Aurelia Verlag, Baden-Baden 1998.
- Heine. H, Reacción de asistencia inmunológica mediante diluciones homeopáticas de extractos vegetales en los medicamentos antihomóxicos, Medicina Biológica 1999, 1: 4-6.
- Herranz. G, Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica, Eunsal, Barcelona 1993,

36

- Hertzberg. G; Brodowski. G; King. J; Renhart. E; Zenner. St, Fundamentos de la homotoxicología. Diagnóstico y tratamiento de las homotoxicosis, Medicina Biológica 1994, número monográfico, 1: 1-32.
- Hopkins A, Solomon K. Can contracts drive clinical care? Br Med J 1996; 313:447-448.
- Isserson. KV; Mahowald. MB, Acute care research: is it ethical? Crit Care Med 1992; 20: 1032-1037.
- Instrucción Vaticana sobre Problemas de Bioética, AB C del miércoles 11-3-1987, pág 49-56.
- Inul TS. The social contract and medical school's responsibilities. En: White KL, Connelly JE, editores. The medical school's mission and the population's health. New York: Springer Verlag, 1992; 23-52.
- Juan Pablo II, Discurso en el Centenario de G. Mendel, Ecclesia 1984; 2168: 397.
- Júdez. FJ, Cuando se desea morir antes de seguir viviendo, en: Feito Grande. L, editor, Estudios de bioética, Madrid: Dykinson SL, 1997; 67-105.
- Jung. CG, Arquetipos e Inconsciente Colectivo, Psicología Profunda. Ediciones Paidós, Ibérica S.A., Barcelona 1997.
- Jung. CG, Psicología y Religión, Paidós, Buenos Aires 1963, p. 21.
- Kaplan JR. Psychological stress and behavior in nonhuman primates. Compar Prim Biol 1986; 2: 455-492.
- Kauffman A, Mennin S, Waterman R, Duban S, Hansbarger C, Silverblatt H et al. The New Mexico experiment educational innovation and institutional change. Acad med 1989; 64: 285-294.
- Konrad TR, Williams ES, Linzer M, McMurrayJ, Pathman DE, Gerrity M et al, for the SGIM Career Satisfaction Study Group. Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment. Med Care 1999; 37: 1174-1182.
- Kübler Ross. E, La muerte un amanecer, Luciérnaga, Barcelona 1977.
- Kübler Ross. E, La muerte e il morire, Citadella, Asís, 1982, pp.50-155.
- Kübler Ross. E, Los niños y la muerte, luciérnaga, Barcelona 1992.
- Kübler Ross. E, Sobre la muerte y los moribundos, Grijalbo, Barcelona 1993.
- Kübler Ross. E, Morir es de vital importancia, Luciérnaga, Barcelona 1995.
- Kulikowski. CA, Artificial intelligence methods and systems for medical consultation, en: IEEE Transactions on Pattern Analysis and Machine Intelligence;1980:464-476.
- Laín Entralgo. P, Historia de la Medicina, Barcelona: Salvat 1978.
- Laín Entralgo. P, Cuerpo y alma, Colección Austral, Espasa y Calpe, Madrid 1991.
- Levine. RJ, Ethics and regulation of clinical research, 2ªed, New-Haven: Yale

University
Press 1988.

- Ley 21/2000 de 29 de diciembre de 2000, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. DOGC nº 3303 de 11/01/2001.
- López-Casasnovas G. Acerca de la política de personal en el sector sanitario y del futuro de la carrera profesional. Algunas reflexiones. Gestión Clínica y Sanitaria 2000;

37

2: 79-81.

- López Monteverde. G, López Rico. A. Actitudes, opiniones y tendencias de los médicos internos de pregrado en un hospital general de segundo nivel. Salud pública Mex 1982; 24: 13-24.
- Loren. S, ¿Qué pasa con los médicos?, Ediciones Marte, Gráficas Templarios, Barcelona 1970.
- Martín Zurro. A, La figura del médico de familia, Medicina Clínica 1993; 100 Supl 1: 12-13.
- Maynard A, Armaya C, Coronado A, Grau T, Alcaide PL. El número de médicos en España en el próximo siglo y sus repercusiones laborales. Madrid: Fundación CESM, 1999; 33-64.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley del medicamento. BOE 306,22 diciembre de 1990.
- Monzón Marín JL. Formación y prudencia ante el testamento vital. Diario médico. 2 de Febrero de 2001; 2.
- Moreu. F, Descentralización y autonomía hospitalaria. Los médicos en los hospitales públicos, Quadern CAPS nº11, Barcelona: CAPS 1988.
- Nieto. JL; Ebrí. B , Propuesta para una Antropología Médica de Aragón, Archivos de las V Jornadas sobre el estado actual de los estudios sobre Aragón, Zaragoza 1984: 469- 474.
- Oliva R, Genoma humano: genómica, genética y aplicaciones en medicina, Med Clín 2001;116:672-675.
- O.M.S. La Fe religiosa, un remedio terapéutico, Noticias Médicas, Madrid 28-XI-1982.
- Palacín. J M, Curanderismo, GEA, Edit Unali, Zaragoza, tomo IV, pág 1015-1016.
- Padrón. C, Creencia, mística y cr Ebrí B, Entre dos vidas. Mira Ediciones. Zaragoza 2004.eatividad, Ponencia presentada en el Congreso de psicoanálisis de los países mediterráneos, celebrado en Barcelona 1993
- Pardell H, Ramírez J, editores. Formación Médica Continuada (tema monográfico). Jano 1999; LVII; 569-605.
- Pardell H. Sobre la recertificación de los médicos en España. Med Clin (Bare) 2000; 115:261-263.
- Pardell H. ¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada? Mitos y realidades. Med Clin (Bare) 2000; 114: 419-430.
- Pardell H. Los colegios de médicos y la acreditación de la formación médica continuada. Educacion Medica 2000; 3: 51-52.
- Peam M, Roderick C, Mulrooney C. Learning organizations in practice. Londres: McGraw-Hill Book Comp 1997.

-Peckham. M, Research and development for the National Health Service, Lancet 1992; 338: 367-371.

-Pedraza V. Sobre la creación en España de nuevas facultades de medicina. Informe técnico. Madrid: Consejo de Universidades 1997.

-Pedraza V. Las facultades de medicina y la formación de los médicos. Educación Médica 1999, 2: 53-60.

38

-Pedraza V. Formación médica y necesidades sociales. Med Clín (Barc) 2001; 116:658-663.

-Pellicer. A, Formulació d'objectius terapèutics i assistencials en els centres sócio-sanitaris, Ponencia, Barcelona: Primer Simposium d'Atenció Sócio-Sanitària 1990.

-Pérez. V, Ecologismo y cristianismo, Cuadernos F y S, Sal Terrae, Maliaño (Cantabria) 1999.

-Quaak. MJ; Westerman. RF; Van Bommel. JH, Comparison between written and computerised patient histories, Br Med J Clin Res 1987; 295: 184-190.

-Quill. TE, Death and dignity: a case of individualized decision making, N Engl J Med-1991; 324: 691-694.

-Quinn JB, Anderson S, Filkelstein S. Managing professional intellect. Making the most of the best. En: Harvard business review on knowledge management. Boston, MA: - Harvard Business School Press, 1998; 181-205.

-Real decreto 3003/1978 de 29 de Diciembre de Regulación de la Especialidad de -- Medicina de Familia y Comunitaria. B.O.E. 2 febrero 1979.

-Reckeweg H-H. Homotoxicologie –Ganzheitsschau einer Synthese der Medizin. Baden-Baden: Aurelia 1976.

-Rey Ardid. R, Reflexiones sobre la llamada crisis de la Medicina actual, a propósito de la Medicina de la Persona de Paul Tournier, Medicina Clínica, 1952, 19, 51-55.

-Rhoads. PS, Moral considerations in prolongation of life, Journal of the So, Carolina Medical Association, 1968, 10, 422-3.

-Rodríguez. F. sistemas o redes de información biomédica (I), Medicina Clínica 1993; 12 (101): 462-463.

-Ruiz de la Peña. JI, La muerte destino humano y esperanza cristiana, Fundación Santa María, distribuye CESMA, Madrid 1983.

-Ruiz de la Peña. JL, La otra dimensión, Sal Terrae, Santander 1986.

-Rozman. C, La enseñanza de la medicina, ¿debe de cambiar de modelo?, Medicina Clínica 1993; 10, Supl1: 3-5.

-Sanz Ortiz. J, Enfermedad progresiva y ética, Med Clín 1990; 94: 137-139.

-Sanz-Ortiz. J; Llamazares. A, Atención domiciliaria en una unidad de cuidados paliativos, Medicina Clínica1993; 12 (101): 446-449.

-Sanz Ortiz. J, Eutanasia sí, eutanasia no, Medicina Clínica 1993; 100 Supl 1:17-19.

-Sanz Ortiz. J; Pascual López. A, Medicina Paliativa: ¿un lugar en el currículo?, Med Clín 1994; 103: 737-738.

-Sanz Ortiz. J, Decisiones en el final de la vida, Med Clín 1997; 109: 457-459.

-Sanz Ortiz. J, Tecnología y beneficencia del enfermo, Med Clín 1997; 112: 380-383.

-Sanz Ortiz. J, El factor humano en la relación clínica. El binomio razón y emoción,

Medicina Clínica 2000; 114: 222-226.

-Sanz Ortiz. J, Final de la vida: ¿Puede ser confortable?, Medicina Clínica 2001; 116: 186-190.

-Schön DA. Educating the reflective practitioner. Toward a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco, CA: Jossey-Bass Pub., 1987.

39

-Scully. T; Scully. C, Making medical decisions, New York: Simon Schuster 1989.

-Segovia de Arana. JM, Evolución de la sanidad española, Medicina Clínica 1993; 100 Supl1:1-2.

-Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill 1956.

-Senge PM. The fifth discipline. The art & practice of the learning organization. Nueva York, NY: Currency Doubleday, 1994.

-Serrulla. F, El parte al juzgado: implicaciones para médicos y pacientes. Nuevos conceptos médico-legales de falta y delito de lesiones, Medicina Clínica, 1993;12 (101):457-458.

-Shortliffe. EH, Computer-based medical consultations: MYCIN, New York: Elsevier 1976.

-Sigüenza. JA, Redes neuronales:-la inteligencia artificial copia sistemas biológicos, Sístole (a ciencia abierta) 1992; 4.

-Simón Lorda P. El consentimiento informado. Madrid: Triacastela 2000.

-Singer PA. Objetivo: la actuación clínica. EIDON (Revista de la Fundación de ciencias de la Salud) 1999, 2:42-49. Versión www en <http://www.fcs.es/fcs/esp/doc/eidon/eidon2/afondo.htm> (visita 10 octubre 2000).

-Slotnick HB. Physicians' learning strategies. Chest 2000; 118: 18S-23S.

-Solsona. F, Terapéutica Física natural, Heraldo de Aragón, Zaragoza 1979.

-Solsona. F, Balnearios Aragoneses, Mira Editores, Zaragoza 1992

-Stifer. K, Greer. J y Dovenmuehle. R, An empirical investigation of the discriminability of reported Mystical experiences among religious contemplatives, psychotic inpatients and normal adults, JSSR, 1993, 32 1 366-372.

-Tart. CT, El despertar del Self, Editorial Kairós, Barcelona 1990.

-Texto de la Conferencia Episcopal para defensa de la vida. La eutanasia. Ecclesia, marzo de 1993, nº 2624.

-Thurbin PJ. Implementing the learning organization: the 17-day programme. Londres FT/Pitman 1994.

-Tilley. CB, Medical Databases and Health Information Systems, en Williams ME, ed, Annual Review of Information Science and Technology, Vol 25, Amsterdam: Elsevier, 1990; 313-382.

-Tosteson DC. New pathways in general medical education. N Engl J Med 1990; 322: 234-238.

-Trias. R, Inteligencia artificial en medicina. Estado actual y perspectivas, Medicina Clínica 1993; 100 Supl 1: 45-46.

-Villar.J, Recomendaciones de la Declaración de Helsinki sobre investigación clínica, y guías principales en el cuidado y uso de animales, Med Clín 1988; 91: 702-703.

-Villar. J, Presente y futuro de la investigación en Medicina Intensiva, An C Intens

1991; 6: 92-98.

-Villar. J, Principios éticos de la investigación médica, Medicina Clínica 1993; 100 Supl 1:14-16.

40

-Viñas M, Castel S. Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. Atenc Primaria 2000; 26: 309-313.

-Wilks. F, Relación entre razón y emoción, en Wilks. F, editor, Emoción inteligente, Planeta, Barcelona 1999; 31-37.

-Villasante. J, Normalización: la clave de las estrategias para los sistemas de Información en sanidad, Informática + salud 1992; 1:57-63.

-Winograd. T, Máquinas pensantes: ¿son posibles?, ¿lo somos?, Revista de Occidente 1991; 119:113-150.

-World Health Organization. The role the Universities and the strategy of health for all. Basic Document for Technical Discussions. 37º World Health Assembly Ginebra 1984.

-World Federation for medical Education. World Conference on Medical Education Report. Edinburgh, Agosto de 1988

-World Federation for medical Education. The Edinburgh declaration. Med Education 1988; 22:481-482.

