

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SALA-
MANCA

**LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
AYER Y HOY**
Perspectiva de un otorrinolaringólogo

DISCURSO
para la recepción del Académico Electo
ILMO. DR. D. SANTIAGO SANTA CRUZ RUIZ

y contestación del
Excmo. Dr. D. Juan Antonio González González
Académico de número de la Real Academia
de Medicina de Salamanca

SALAMANCA, 2022

Printded in Spain. Impreso en España
Depósito legal: S. xxxx2022

NUEVA GRAFICESA

ÍNDICE

Preámbulo y agradecimientos.....	9
La relación médico paciente ayer y hoy. Perspectiva de un otorrinolaringólogo	13
Discurso de contestación del Excmo. Dr. D. Juan Antonio González González.....	31

PREÁMBULO Y AGRADECIMIENTOS

Excmo. Sr. Presidente

Excmo. Sres. Presidentes de Honor

Excmo. Ilmas. Autoridades

Muy Ilmos. Sres Académicos

Querida Familia, compañeros y amigos

Señoras y señores

Es un gran honor dirigirme a ustedes, en esta Aula Miguel de Unamuno, del edificio histórico de nuestra ocho veces centenaria Universidad, tras haber sido propuesto a formar parte de la Real Academia de Medicina de Salamanca. La propuesta he de confesar que me sorprendió, por el altísimo nivel académico de los ilustrísimos señores académicos que la componen. Es para mi tono un honor. Gracias.

Quiero agradecer en primer lugar a la Junta de ilustrísimos Académicos numerarios la confianza puesta en mí para participar a esta Ilustre corporación. Muchísimas gracias.

Con humildad aceptó la invitación a trabajar y apoyar a esta noble Institución.

Quiero agradecer a los Ilmos. académicos de número, Sres. Francisco Santiago Lozano Sánchez, Juan Antonio González González y Alberto Gómez Alonso, por su respaldo avalando la presentación de mi candidatura.

Entiendo qué mi incorporación a esta Institución se debe a mi doble condición de otorrinolaringólogo, en la que me dedico en especial a los problemas de la audición, y al trabajo al frente del Ilísimo. Colegio Oficial de Médicos de Salamanca. A la especialidad le he dedicado y lo seguiré haciendo varios años, si Dios quiere, toda mi vida y me siento muy afortunado por poderme realizar cada día en lo que más me gusta, ayudar a los pacientes.

Así mismo el poder servir a los ciudadanos y a los médicos en mi labor al frente del Ilísimo. Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, es una tarea no exenta de sinsabores, pero que así mismo me ilusiona por las actuaciones que en ella se realizan, de representación y regulación de la profesión médica, de defensa de la adecuada atención sanitaria a los ciudadanos y de defensa del médico ante intrusismos, entre otros.

En la parte de agradecimientos debo comenzar por mis padres, Florentino y Casimira que me dieron la vida, la formación espiritual y educativa y que siempre me apoyaron desde su ejemplo y amor. Y a mis tres hermanos.

A mi esposa Marisa, que tengo la fortuna de confesar que es el amor de mi vida y que siempre me ha

ayudado en mis ámbitos formativos, profesionales y personales.

Sin ella hubiese sido imposible alcanzar gran parte de los méritos que presentó en mi curriculum vitae. A mis tres hijos, que son motivo de orgullo y alegría, y también de preocupación por el mundo en que nos toca vivir, pero puede decir con gran satisfacción que son buenas personas y profesionales maduros e independientes.

De mi etapa formativa quiero recordar algunos profesores que con su ejemplo y magisterio han dejado huella en mi vida, los maestros Juan Trujillano y Antolín Sánchez a los profesores de la Facultad de Medicina de Salamanca, donde me licencié como médico, profesores D. Ricardo Vázquez, Juan Antonio González, Sisinio de Castro, Alberto Gómez, Francisco Lozano, Agustín del Cañizo, Ángel Muñoz, Luis Beltrán, entre otros muchos .

A nivel internacional quiero agradecer las importantes enseñanzas en el campo de la otología y los difíciles tumores de la base craneal posterior, los profesores Antonio de la Cruz, Thomás Roland, Mario Sanna, y Thomas Zahnert.

A mis compañeros de los servicios de otorrinolaringología de Salamanca y del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. A mis compañeros del área docente de otorrinolaringología, profesores Agustín del Cañizo, Juan Luis Gómez, Ángel Batuecas y Enrique López Po-veda.

A mis compañeros del Ilísimo. Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, Manuel Gómez Benito, Santiago Pérez, Rubén García, y todos los compañeros de las juntas directivas con los que he trabajado y alcanzado amistad. Así mismo al personal de Secretaría, Maxi Puertas, Rosa Casado y Alejandro Junco.

A todos los que he nombrado y a tantos que no, pero que sois responsables de lo que soy, os doy las gracias

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE AYER Y HOY.

Perspectiva de un otorrinolaringólogo

En la **medicina griega** se valoran la palabra del enfermo y la escucha del médico, pero solamente para los hombres libres. Los griegos, fueron capaces de observar el fuerte vínculo entre la acción de la palabra y la curación de las enfermedades. Esta asociación es señalada por **Platón y Aristóteles**. Platón denomina *catarsis* a la operación esclarecedora de la palabra, que es esencial en el saber médico. En Aristóteles la palabra produce efectos psicológicos en los enfermos y opera como un verdadero medicamento si hay confianza y conoce lo que le pide o necesita; por eso insiste en no medicar hasta que no se haya establecido una relación terapéutica satisfactoria. Ambos coinciden en la necesaria confianza en la relación, y en una escucha, más allá de la palabra, que permita conocer lo que el paciente pide y necesita.

Hipócrates asume este pensamiento y afirma que la relación médico-paciente tiene una gran fuerza potencial en el proceso curativo. Aunque la palabra del médico es importante, de lo que se trata es de la escucha de la palabra del paciente, por eso señala que para ser médico es preciso aprender la psicológica del enfermo, porque es un hombre al que hay que respetar y comprender. Reconstruir la his-

toria del enfermo es un elemento fundamental al permitir conocer los factores desencadenantes, las condiciones laborales y de vida que son esenciales en la psicología de los individuos. Así dice “*hay que escuchar al paciente más que a la enfermedad, porque hay enfermedades, pero en enfermos*”.

Con el **cristianismo**, la amistad humana de la época griega se transforma en amistad cristiana. El médico debe tener amor al paciente, sobre todo al más necesitado. Ejemplo de ello es la parábola del buen samaritano.

De la mano de la Iglesia Cristiana surgen los hospitales para pobres y menesterosos y las universidades, donde se va a producir un gran avance en la adquisición de conocimientos científicos, pero sin embargo la relación médico-paciente durante la Edad Media se verá menos valorada. A modo de ejemplo tenemos el **paradigma de Sydenham** que dice (“*el médico debe abstraerse del enfermo para conocer la verdad del hecho patológico*”). Con esta actitud se pierde no solo la palabra del enfermo, sino también la del médico.

En el **siglo XVIII** el médico compara lo observado en un paciente con las demás *especies morbosas*. Posteriormente en el **siglo XIX** aparecen las bases de la anatomía patológica, estableciéndose una medicina más científica, y definiendo la salud por la ausencia de lesión.

A principios del **siglo XX** se vuelve a producir un giro radical, con el descubrimiento por **Freud** del inconsciente y el desarrollo del psicoanálisis. Así vuelve a recuperarse la importancia de la relación médico paciente. Esta teoría psicoanalítica va a influir en muchos profesionales, fundándose la **medicina antropológica** y se decide incluir lo psicológico en el campo clínico para encontrar el origen y comprender el desarrollo y sentido de la enfermedad.

En este siglo muchos autores señalan que la relación médico paciente es central en la práctica médica y clave en el proceso terapéutico: **Engel** en 1977 introduce el paradigma bio-psico-social dentro del campo de la medicina, que será el que tomará la OMS para su definición de salud.

Lipowski (1974) es el impulsor de la *psiquiatría de interconsulta y enlace*, trabajando aspectos psicosomáticos de la enfermedad médica. Insistirá en que la relación médico paciente influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

Pendleton (1991) estudia como es la comunicación en la relación del médico con el paciente en la asistencia sanitaria y constata que esta es defectuosa en el 25% - 30% de las consultas de Atención Primaria, lo cual afectará a la adherencia terapéutica y a la evolución del proceso.

Diversos autores señalan que a finales del siglo XX se prefiere obtener la información de aparatos cada vez más sofisticados, en vez del relato del paciente.

Sin embargo, contra esta tendencia actual se contraponen un **movimiento humanista en al Medicina**, como son ejemplo **Gregorio Marañón**, o **Juan Rof Carballo**, que reivindican los aspectos psicológicos de la relación médico paciente. Marañón afirma que "*hay que buscar con más ahínco al hombre en la enfermedad y no a la enfermedad en el hombre*", reconociendo el poder y la capacidad de la palabra del médico para ocasionar iatrogenia.

También el gran historiador de la medicina **Pedro Laín Entralgo** (1983) señala la vital importancia en el devenir de las enfermedades de la relación médico paciente.

Diego Gracia Guillén (1989) describe tres tipos de relaciones clínicas: la paternalista, la oligárquica y la democrática y señala que el médico aporta en esta relación la perspectiva de la beneficencia, el enfermo la de la autonomía y la sociedad la de la justicia.

González de Rivera (1996) propone una **relación afectiva** con el paciente, responder a las preguntas que plantea su cuadro clínico y pensar en beneficio del enfermo. Insiste en que se precisa “saber” medicina, pero también “saber ser”, para poder “saber estar” y “saber hacer”.

Otro enfoque de la relación del médico y el paciente es desde el análisis de la **vulnerabilidad**, que es una nota distintiva de los seres vivos. Un ejemplo de ello se describe en el **mito griego de Aquiles**, en el que su madre, Tetis, intentó alcanzarle la inmortalidad, pero quedó en su cuerpo un lugar vulnerable, su talón, donde recibirá la mortal herida en la guerra de Troya.

El **diccionario de la Real Academia de la Lengua Española** la define como característica de un individuo que puede ser herido o recibir lesiones, físicas o morales. Son sinónimos de vulnerable los términos débil, endeble, delicado, indefenso, desvalido, etc.

Este hecho de la vulnerabilidad humana es posiblemente el fundamento de la aparición de los remedios naturales (precursores de los *fármacos actuales*) o de remedios sobrenaturales (*magia, rituales*), así como de la persona o personas encargadas de proporcionar estos.

El ser humano en la **Prehistoria**, por su capacidad racional, comenzó a observar el daño recibido, a preguntarse por el origen de este y a buscar una solución

acorde a sus creencias y del saber del momento acerca de su dolencia.

Ya sea a cambio de una retribución o por altruismo, el hombre de todos los tiempos ha buscado sanar al otro y ayudar al otro a salir de sus situaciones de debilidad al enfermar. Otro factor a tener presente es **la compasión**, como realidad emocional que nos mueve a los seres humanos a buscar el bien del otro, en la medida en que nos duele su mal.

El vulnerable, cuando sufre la enfermedad, busca al que sabe y puede curarle. El médico sabe, sí, pero no lo sabe todo; puede curar, prevenir, paliar, pero no lo puede todo. Su saber y su poder son limitados hasta en el caso del profesional mejor formado.

Por otro lado, el hombre es un ser social, su vivir es uno con-vivir con las cosas, las circunstancias y las personas.

Laín Entralgo (1986) se refería a las relaciones de encuentro entre personas, como *relaciones nutricias*, porque la relación con el otro es ocasión de crecimiento, gracias a que la persona con la que me encuentro me aporta algo que no tengo o algo que no soy, y justo eso es el alimento para el crecimiento personal.

Así mismo, en otro escrito aseveraba que el médico era un *dispensador de esperanza*. En ocasiones, el médico frustra la expectativa que el paciente tiene en él, porque su arte-técnica no permite la curación o porque fracasa en el diagnóstico y/o en la terapia.

Quién bien diagnostica bien cura, y, al hacerlo, restablece la esperanza de la persona de poder seguir viviendo. Pero no son pocas las situaciones en las que el médico no puede

dispensar esperanza, sino todo lo contrario. En esos momentos, el médico sufre en su propia carne su propia vulnerabilidad emocional. Los médicos necesitamos estar preparados para gestionar humanamente esos episodios de biografía compartida con el paciente en la enfermedad sin cura.

Un reciente estudio de Juan Esteban en el 2002 acerca de la ansiedad de los médicos en su ejercicio asistencial, señala que solo un 10% de los médicos tienen puntuaciones bajas. La mayoría, el 70%, se encuentran en niveles medios, y casi el 20% en niveles altos.

Esta ansiedad influye en su salud, tanto física como psíquica.

Laín Entralgo en 1964 recuerda el texto de **Séneca** *De beneficiis* VI, 16, donde dice: *¿Por qué al médico le soy deudor de algo más? ¿Por qué no cumplo con ellos con el simple salario? Porque los médicos se convierten en amigos nuestros y no es esto por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad. Así, al médico que pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visita, no le debo más que el salario, porque no ve en mí al amigo, sino al cliente... ¿Por qué, pues, debemos mucho a estos hombres? No porque lo que nos vendieron valga más de lo que les pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. No se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solicitados para conmigo y acudió en los momentos de peligro. Y, ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos. Entre la multitud de los que cómo enfermos le requerían, fui para él primerísima preocupación; atendió a los otros en cuanto mi salud lo permitió. Para con este estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo”.*

Como decía **María Clavel** (2002) sí el hombre es un animal vulnerable, también es un animal vulnerador. El médico y el sistema sanitario pueden generar iatrogenia. Para poder preservar al paciente y, también al sanitario, de los riesgos inherentes a la propia relación sanitaria, se precisan unos valores éticos que tendrán como fundamento el respeto a la dignidad humana.

Desde la antigüedad, en la bioética se habla de cuatro principios fundamentales: el de autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia. Así lo recogieron en la primera obra sobre la ética biomédica **Beauchamp y Children's** en 1979. El principio de autonomía se alzaría como un valor frente a la vulnerabilidad que puede sufrir el paciente ante el sistema sanitario, pero este valor por sí solo, no sería del todo efectivo, dado que el paciente, para ser autónomo en las cuestiones que afectan a su salud, necesita una información que no tiene. Es más, esa información necesita comprenderse adecuadamente para poder tomar una decisión propia.

El no saber del paciente es una vulnerabilidad difícil de superar a pesar de la buena voluntad del médico en informar y de las numerosas informaciones que a través de Internet, o las redes sociales se encuentran. Esta vulnerabilidad de la propia relación médico paciente, está mostrando la necesidad de buscar un término medio entre la autonomía y el paternalismo bien entendido, es decir, bien regulado desde la responsabilidad ética del médico y el sistema en el que se mueve.

La **Organización Mundial de la Salud** en 1946 señala que «**La salud es un estado de completo bienestar físico,**

mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Personalmente considero errónea en esta definición el término calificativo de “completo bienestar...”, pues sin duda alguna, de los que hoy aquí estamos reunidos, ninguno cumpliríamos los requisitos para estar sanos, pues quien no tiene una molestia en una articulación, algo de colesterol, algo de pérdida de visión o de oído, o bien una preocupación que no le deja dormir a consecuencia de los hijos, de la relaciones con compañeros, etc.

Lo importante es el enfermo, no la enfermedad, como decía el doctor **Albert Jover**. El paciente, debe ser tratado como caso concreto y bajo una perspectiva holísticas, tanto de la persona, como del abordaje de la enfermedad.

Las recientes **guías de práctica clínica**, que buscan evitar la variabilidad en el abordaje de las distintas enfermedades, no deben de dificultar la personalización del tratamiento. Éstas son muy útiles referidas a la enfermedad, pero no al paciente concreto, debiendo ser herramientas orientativas basadas en las evidencias y opiniones expertas y multidisciplinarias, haciendo referencia a un **paciente promedio**, por lo que se deben admitir variaciones para su adaptación al paciente concreto.

Los pacientes han de comprender que tanto ellos mismos como los profesionales tienen sus derechos y obligaciones. A menudo al médico se le hace difícil salirse del modelo tradicional, pudiendo pecar de paternalista, pero tampoco se puede esperar una relación simétrica, pues también se le exige no solo diagnosticar y tratar, sino hacerlo con responsabilidad y gestionando adecuadamente los recursos del sistema de salud.

El paciente necesita una relación médico-paciente de plena confianza, respetuosa y considerada, humana, empática, meticulosa, que le transmita seguridad, franca y veraz, guardando la intimidad y atendiendo a la persona en su conjunto. Parafraseando de nuevo al doctor Jover, como paciente puede que no me curen, pero lo que no entendería es que no me cuidaran.

Una buena relación médico-paciente tiene un efecto terapéutico ante cualquier tipo de dolencia. Sin embargo, con la llegada del “*doctor Google*”, las redes sociales y de los cambios sociológicos de la población, esta relación será diferente a la de décadas pasadas. Los pacientes suelen estar más y mejor informados, pero en otras ocasiones presentan “intoxicaciones” informativas sobre su enfermedad

En el año 1978 se publicó en el **informe Belmont**, en la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento (1979), que pretendía corregir los abusos que se estaban cometiendo en la investigación médica, sobre todo por médicos nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Así surge el **código de Nuremberg** (1946) sobre la ética en la investigación clínica. Dicho código se sigue actualizando periódicamente bajo la denominación **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial (2013). También en los Estados Unidos se habían cometido abusos. Por ello el presidente Nixon ordena crear la **Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en el ámbito de la Investigación Médica y del Comportamiento**, la cual se encarga de fijar los principios fundamentales para respetar ambos.

Así se crearán tres principios fundamentales en las investigaciones en humanos:

- El **principio del respeto a las personas**, que conlleva el **consentimiento informado** para participar o no en cualquier ensayo clínico.
- El **principio de beneficencia**, entendido como obligación de no causar daño y de maximizar en lo posible la relación beneficio-riesgo.
- Y el **principio de justicia**, para garantizar la equidad en el trato entre las personas y/o grupos sociales en el ámbito de la investigación. Esto exige una adecuada selección de las personas, que distribuya homogéneamente riesgos y beneficios de la investigación, protegiendo especialmente a los grupos más vulnerables.

Y en el campo de la **asistencia clínica** se deben seguir:

- El **principio de autonomía del paciente**, debiendo respetarse los valores y creencias personales del paciente, así como el deber del médico a dar una información suficiente y veraz al paciente, promoviendo una toma autónoma —que no aislada— de las decisiones por parte de los pacientes.
- La No-maleficencia. Obliga a no producir intencionadamente daño a otros. *Primum non nocere*, ante todo no hacer daño.
- La beneficencia, o deber de ofrecer un bien al paciente. Éste principio es en ocasiones complicado de resolver, cuando no coinciden lo bueno en el paciente y en el médico. Ejemplo, la paciente que pide un

aborto no terapéutico, pues entiende que el bien para ella es abortar envase al principio de autonomía, mientras que para el médico el bien es no hacer daño al nuevo ser humano en formación y tratar de que la paciente entienda que la maternidad es un bien, con la ayuda de la familia y las instituciones.

- La justicia, referida al justo reparto de recursos, beneficios y cargas, dando a cada uno lo que le es debido y de qué casos iguales se deben tratar igualmente y casos desiguales desigualmente. La dificultad práctica estriba en la elección de la característica relevante para realizar la distribución, como son el mérito, la necesidad y el esfuerzo. Éste principio no se aplica por igual en países liberales, utilitarista, comunistas, o igualitarista. Nosotros en el ámbito quirúrgico tenemos que decidir si un paciente es prioridad 1, prioridad 2 o 3, sabiendo que en el 1 se debe operar antes de 30 días el 2 de 90 días y el 3 *sine die*.

Con este mismo sentido van a surgir en el siglo XX el artículo 1.1 de la actual **Constitución Española** (1978), el artículo 2 del **Convenio de Oviedo** (convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (1997), así como la **Ley de Derechos y Autonomía del paciente**, que prioriza el principio bioético de la autonomía.

Otros dos documentos de la presencia de los principios de bioética son, por un lado, **la Carta del Profesionalismo Médico del Nuevo Milenio**, realizada por distintas asociaciones de Medicina Interna de los Estados Unidos, y

por otro lado, el **Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial**, (1999) y sus posteriores actualizaciones (de hecho estamos realizando una revisión, obligada ante la aparición de nuevas leyes y los cambios sociales en materia de reproducción humana, género, eutanasia, etc. Pretendemos tenerlo aprobado en el próximo mes de febrero del 2023).

Un importante cambio en la práctica asistencial de las últimas décadas ha sido el aumento de las enfermedades crónicas. Esto ha sido la razón de ser de la aparición de **asociaciones u organizaciones de pacientes** en torno a un grupo de enfermedades que comparten rasgos comunes y que buscan el apoyo mutuo, profundizar y avanzar en el mejor conocimiento de la enfermedad, así como la información y concienciación de la ciudadanía sobre la prevención y los tratamientos de la misma.

Es notorio que los pacientes con una enfermedad crónica reciban una formación que les permita ser conocedores de su enfermedad, ejercer corresponsabilidad con el manejo de la misma y estar comprometidos con la atención sanitaria de calidad. Esto mejora la relación médico paciente y con ello la adherencia al tratamiento, haciendo posible una toma de decisiones compartidas, basada en el diálogo sobre el abordaje de la enfermedad, desde la confianza y el conocimiento.

Nuestro **Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Salamanca** tiene como una de sus prioridades favorecer y colaborar con las diversas asociaciones de pacientes, por la relevancia que tiene en la salud y su repercusión en el sistema nacional de salud. Así colabora mediante la facilitación de salas de reunión, facilitando cursos o conferencias,

dando ayudas económicas, proporcionando profesionales para la formación y el diálogo con los pacientes y sensibilizando en los medios de comunicación sobre los beneficios de estas asociaciones. Por otra parte realiza una importante labor de denuncia de personas o asociaciones fraudulentas, que usan diversas formas de pseudo-terapias, engañando a pacientes, que sufren enfermedades incurables a día de hoy, o con una corta esperanza de vida, como son la ELA, o los casos agresivos y avanzados de tumores malignos. Estas malvadas personas, que con un único fin lucrativo juegan con la salud y la esperanza de las personas, deberían ser perseguidos por la ley. Sin embargo la actual legislación española es ambigua y deja muchos recovecos para evitar las acciones legales. Recientemente asistí con gran decepción al Congreso de los Diputados, donde se votaba una proposición no de ley sobre las diferentes pseudo-terapias, donde tanto los médicos, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, enfermeros, teníamos esperanzas en su aprobación. Desgraciadamente fue rechazada por cuestiones ideológicas (un partido la propone y los partidos que habitualmente se oponen al primero, no lo aprueban por cuestión ideológica, no por compartir el fondo del problema).

En el campo de las asociaciones de pacientes, las que mejor conozco por mi especialización en los problemas del oído son las **FIAPAS**, (Confederación Española de Familias con Personas Sordas) y la **AICE**, (Asociación de Implantados Cocleares de España), son dos asociaciones importantísimas que forman a las familias con niños sordos y a pacientes con implante coclear sobre su enfermedad, los recursos sociales y sanitarios que hay en España, los cuidados y seguimiento médicos de los materiales de los audífonos o implantes auditivos, etc.

Iré finalizando, hablando un poco sobre el derecho a recibir una atención asistencial integral de calidad, tema que se está debatiendo y reconociendo en distintas leyes en los últimos años.

El médico que no siente nada ante un paciente que sufre o muere, es decir sin vocación de servicio a los pacientes de la sociedad, sino que solo aplica conocimientos y destrezas técnicas, no podrá nunca ofrecer lo que la profesión tiene comprometido de todos los cuidados que precisa las personas enfermas.

La intimidad del acto médico precisa, que haya mucha confianza, especialmente entre el médico y el paciente, con garantía de que no le va a fallar, donde la confidencialidad obligada y el deber de secreto guarda un papel determinante. Escuchar al paciente sobre todo con sensibilidad y empatía, favorece la relación y le da confianza.

La medicina y los avances sociales han logrado retrasar la muerte, prolongar la vida, pero también, aumentar las enfermedades crónicas y alargar la fase final de la misma, incluso en ocasiones prolongar la agonía de forma inaceptable. Las consecuencias son claras: aplazar en esta situación una muerte natural, es propiciar una vida totalmente antinatural que ya no es vida, sino solo sufrimiento. Ante este hecho hay dos tipos de reacciones opuestas. La primera de satisfacción ante lo que se puede considerar parcelas ganadas a la muerte. La segunda de desesperación cuando un ser próximo o querido sufrir inútilmente. De hecho es contrario a la deontología médica **la obstinación y el ensañamiento terapéutico**, cosa que los que ejercemos en los hospitales vemos a menudo, donde el aceptar la muerte se suele asociar a un fracaso de la atención médica y

muchos médicos no saben afrontar la tensión emocional que conlleva la muerte y el consuelo a los familiares.

Los problemas de la alimentación e hidratación en el final de la vida pueden ser considerados indistintamente como cuidados o tratamiento, lo que tiene posibles repercusiones jurídicas, pues si son consideradas tratamiento, el paciente puede ejercer su derecho a decidir sobre si desea o no que se la aplique. Sin embargo, cuando la nutrición y la hidratación son cuidados para mantener la vida, al igual que la vida misma no puede quedar a disposición del propio paciente, son derechos humanos, y por tanto constituyen un sostenimiento de obligado cumplimiento al que el paciente no puede renunciar. Frente a este dilema ético, la reciente **Ley de eutanasia** aprobada en el parlamento español, permite en ciertas situaciones críticas no seguir estas reglas médicas ancestrales y llevar a cabo una acción directa que acabe con la vida del paciente. Ante esto, que para muchos es un principio contrario a lo que es la medicina, existe el derecho constitucional a la objeción de conciencia.

También hemos de hacer una reflexión sobre la **sostenibilidad económica del sistema sanitario**, público y privado, pues ambos dispensan la atención sanitaria a la población. El mayor porcentaje del gasto sanitario es empleado en la asistencia sanitaria en los últimos años de vida de los pacientes. Sin embargo ya hay varios estudios señalando que 1/3 de dicho gasto tiene escaso o nulo beneficio en los enfermos, llegando incluso a ser perjudiciales para la salud de los más frágiles. Un ejemplo sería el uso inapropiado de antibióticos, que aparte de los efectos adversos, riesgos clínicos y económicos concretos, incurrimos en peligro de provocar resistencias que anulen su efectividad

futura, especialmente en población inmunodeprimida y ancianos.

Otro cambio novedoso en las últimas décadas en el ejercicio de la medicina, tiene que ver con las **denuncias ante la justicia o la administración sanitaria**, ante daños que sufre el paciente como consecuencia de actuaciones médicas. No quiero entrar en detalles en este aspecto, solo señalar que por parte de algunos médicos se está comenzando a tener una actitud de **medicina defensiva**, realizando conductas que siendo perjudiciales para el paciente, limitan el riesgo legal para el médico. Estas prácticas son contrarias a la deontología médica y están castigadas en nuestro Código de Deontología Médica.

Por último quiero hacer referencia a cómo la **pandemia COVID** y las necesarias mascarillas para protegernos y evitar la transmisión del virus, han supuesto también una importante dificultad a la relación médico-paciente y más marcada en los pacientes ancianos que viven en residencias y en el colectivo de los pacientes con sordera severa o profunda. La atención sanitaria no presencial a este grupo de población no se ha podido realizar en los momentos más agudos de la pandemia, y actualmente es muy deficiente, pues mayoritariamente es telefónica. Las videoconferencias, que mejorarían la relación médico-paciente, son aún muy escasas en la práctica actual del sistema público de salud, Por no decir que son impensables en la mayor parte de nuestros pueblos, donde la cobertura o la velocidad de internet son inadecuadas. En el colectivo con sordera severa, se añade, además, que para que estos pacientes puedan entender al médico, necesitan verle la cara, atender a sus labios y a los gestos faciales y/o corporales. Ni siquiera en las consultas de sordos hemos dispuesto de mascarillas

transparentes homologadas, que era una reivindicación justa de los colectivos con sordera y que algunos médicos, entre los que me incluyo, hemos salvado, quitándonos las mascarillas, para que el paciente nos pudiera entender, cosa que ellos han agradecido muchísimo.

Aún hoy, después de dos años de pandemia Covid-19, las distintas asociaciones de pacientes Sordos o con Implante coclear siguen demandando que en los centros sanitarios, donde siguen siendo obligatorio llevar esta protección, se usen mascarillas transparentes para una atención sanitaria segura y de calidad. Yo nunca recibí ninguna de estas mascarillas, ni conozco de ningún compañero de otros hospitales que hayan dispuesto de ellas. Y con esto finalizo mi discurso de entrada de Académico Correspondiente, en esta Real Academia de Medicina de Salamanca.

He dicho.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN
DEL
EXCMO. DR. D. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Excmo. Sr. Presidente
Excmos. Sres. Presidentes de Honor
Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos e Ilmas. Sras.
Académicas
Excmas e Ilmas. Autoridades
Sras. y Sres.

En primer lugar, quiero manifestar mi agradecimiento a todos los académicos/as de ésta Real Academia de Medicina de Salamanca el alto honor que han depositado en mi persona de representarla en este tan significativo Acto Académico de incorporación en la misma del Académico Correspondiente Electo Dr. D. SANTIAGO SANTA CRUZ RUIZ, portador de un excelente currículum vitae que le hace merecedor del presente nombramiento y que paso a exponer:

Formación y especialización

Se licenció en Medicina y Cirugía con la calificación de Sobresaliente (1996).

Doctor en Medicina y Cirugía con la máxima calificación de "Apto Cum laude". 1996

Diploma de especialización en Gestión Universitaria (2014) y en Cuidados Paliativos (2019). Formación

docente para tutores profesionales sanitarios en Ciencias de la Salud (2020).

Título de Experto en Ética Médica (2021).

Formación Internacional: En Estados Unidos, Los Ángeles (2009 y 2012) y Manhattan (2012). En Italia (2014), Austria (2015) y en Alemania (2016)

Título de especialista en Otorrinolaringología. (1996)

Docencia

Profesor Asociado en USAL:

- Clases teóricas y prácticas en Licenciatura y Grado de Medicina
- Clases teóricas en Licenciatura de Odontología
- Coordinador de la asignatura de O.R. L. en el curso 2016-2017

Profesor Universitario Contratado Doctor con plaza asistencial hospitalaria vinculada, desde el 11 de noviembre del 2022.

Actividad sanitaria, profesional y asistencial (10):

RESPONSABLE DE CALIDAD DEL SERVICIO DE ORL. Complejo Hospitalario de Salamanca

Instituciones Sanitaria (01/01/1998 - 01/01/2010)

JEFE UNIDAD OTOLOGÍA. Complejo Hospitalario de Salamanca (2018-2022)

MIEMBRO DE LA COMISIÓN MINISTERIAL DE SANIDAD DE TÍTULOS EXTRACOMUNITARIOS del Ministerio Sanidad y Consumo (01/01/2018 - 17/03/2022)

VOCAL FUNDACIÓN DE LA FORMACIÓN ORGANIZACIÓN MÉDICO COLEGIAL (01/01/2018 - 17/03/2022)

COORDINADOR UNIDAD DE IMPLANTES AUDITIVOS. Complejo Hospitalario de Salamanca e Instituciones Sanitarias (01/01/2008 - 17/03/2022)

JEFE DE SERVICIO DE O.R.L. en el Hospital San Joan de Deu en Barcelona (1-4-2011)

Es JEFE DE UNIDAD en el Servicio de O.R.L. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Actividad científica:

Director de:

- Tesinas de Licenciatura (TFG): **6**
- Tesis doctorales: **2**
- Proyectos de investigación: **9**

Publicaciones

Revistas científicas con alto nivel científico y elevado índice de impacto: **71**

Capítulos en libros de la especialidad: 3

Revistas bibliográficas de la especialidad: 3

Congresos:

Trabajos presentados en Congresos: 205

Títulos honoríficos:

Fue vicepresidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, 16 años (01/01/2001 - 01/01/2017) . Actualmente es Presidente del mismo, donde se ha manifestado y actualmente actúa, como un excelente gestor con gran entrega y responsabilidad, esfuerzo, seriedad y legalidad en la representación del cargo. Participa en distintos medios de difusión en múltiples ocasiones, mostrándose como un claro defensor de los valores humanos y profesionales de la clase médica en todos los aspectos, y en ambos, de la dignidad y ética, lo que motiva, que, desde mi aspecto personal, puedo y pienso que podemos, considerarle como una persona y un profesional excelente en todos los aspectos, principalmente en los valores humanos con máxima dignidad y ética hacia el ser humano para el bien de la sociedad

Con la lectura de su currículum vitae, apreciamos que el **Dr. D. Santiago Santa Cruz Ruiz** ha alcanzado un elevado prestigio y reconocimiento en la especialidad de O.R.L. por su labor profesional, docente, cien-

tífica y ser cabeza representante de la clase médica, que le hacen acreedor de la presente distinción de Académico Correspondiente de esta Real Academia de Medicina de Salamanca.

Reflexión al discurso “Relación médico-paciente ayer y hoy”.

Es un tema de absoluta actualidad e interés humanitario, ético, médico y social. Es un discurso muy bien planteado, escrito con una perfecta metodología y su exposición oratoria ha sido excelente. Lo podemos considerar amplio, profundo y variable en su revisión histórica a la que se ha ido adaptando, hasta llegar a la situación actual que hace ver la relación médico enfermo como una necesidad deontológica obligatoria.

Es difícil hacer una reflexión sobre tan brillante discurso, que tan excelentemente ha expuesto el **Dr. Santa Cruz Ruiz**, por el que le manifiesto mí mayor felicitación. Pienso, solo me queda comentar la individualización del acto médico-enfermo

El Doctor D. Pedro Laín Entralgo decía, *“la relación médico-paciente existe en la medicina occidental desde hace más de 2.500 años y creía que en dicha relación debía y debe haber un modelo de amistad que es necesaria para alcanzar las metas clínicas y psicológicas de la medicina que sirven para ayudar al paciente”*.

La relación médico-enfermo está integrada por dos partes: El enfermo y el médico

El enfermo: En la actividad sanadora al principio de la Era Mágica, el hechicero o mago ignoraba al enfermo, pero **SÍ** existía encanto o agrado del paciente por el médico-mago. El enfermo era considerado como una persona **pasiva**, sumisa, confiada y respetuosa, con actitud dócil, que recibía y obedecía las indicaciones del hechicero o mago, y no hacía demasiadas preguntas o ninguna. En el transcurrir del tiempo, la mayoría de los pacientes han modificado en el comportamiento su escala de valores en la vida, especialmente sobre la enfermedad que padecen (por poder recibir información sanitaria de divulgación, medios de difusión, tertulias y **muy especialmente a través de internet, telemedicina**, etc.) que le permiten tener cierta capacidad de interpretar, dialogar y decidir sobre las pruebas diagnósticas y terapéuticas que le propone practicar el médico sobre su propio ser, pasando a ser **enfermos activos**, hasta llegar a formar la llamada **rebelión de los pacientes**, por la que la Asociación Americana de Hospitales (1973) aprobó la primera **Carta de Derechos del Paciente**, que reconocía oficialmente el derecho del enfermo a recibir una completa y clara información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es.

El médico, en el comienzo histórico actuaba con carácter sacerdotal y paternalista, con actividad prefe-

rentemente verbal. Con el paso del tiempo, fue perdiendo el uso humanístico y verbal, reemplazándolos por el saber de profesional con conocimientos especializados en su quehacer y técnicos para facilitar el diagnóstico y el tratamiento apropiado para intentar conseguir el alivio del padecimiento o curación del enfermo.

El origen de la relación médico-enfermo se describe desde los tiempos de la medicina **platónica** (Atenas 427-347 aC) e **hipocrática** (Tesalia, 460 - 370 aC) en que se debatían los objetivos de la medicina y concluían, en que *“la misión del médico era curar”*. Pero no siempre podía hacerlo, sin embargo, el médico seguía siendo importante, porque además de curar, tenía que acompañar al enfermo, *“consolar y animar con la palabra sanadora”*, era **la medicina verbal**. Virtud que así consideraron distintas culturas.

Dando un gran salto en el tiempo, muchas vocaciones religiosas en su función de caridad, con escasos conocimientos y medios sanitarios, se integran a la asistencia médica de enfermos pobres, abandonados o terminales, basando su quehacer en cuidados humanos de acompañar, aliviar y consolar. Así, la medicina verbal platónica-hipocrática se transforma en **medicina monacal-verbal**, con incremento de la relación médico-enfermo, donde surgió el aforismo breve y moral, *“Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”*.

Más adelante, con la llegada de la Revolución Industrial, el ingreso hospitalario no solo era para enfermos infecciosos, incurables y moribundos, sino también para pobres y desamparados que aumentaban notablemente y motivaban la incorporación simple del acompañamiento y consuelo verbal a la actividad médica y monacal, hasta que a mediados del siglo XX, la médica y enfermera inglesa **Cicely Saunders**, valoró, que cuando los médicos desde el punto de vista clínico, no podían hacer nada para lograr la salud o mejoría del paciente, decidió fundar, en 1967, el **Saint Christopher's Hospice**, con la misión de unir a los cuidados sanitarios, **la relación médico-enfermo**, intensificando el acompañamiento personal humano, caritativo y bondadoso (voluntariado sanitario, familiar, etc.), considerándose el principio de los **cuidados paliativos** que fueron extendiéndose por todos los países. En estos se estableció como norma hospitalaria, *"intentar curar enfermedades y siempre conseguir aliviar el dolor, consolar y allanar la muerte"* con todos los medios técnicos, farmacológicos y comportamiento humano, y principalmente **la presencia del médico**, debiendo prestar gran interés, preocupación, asistencia agradable, verbal, consejera, ética y bondad, tanto al enfermo como a su familia y allegados, con las que calma la angustia del enfermo y acompañantes.

Actualmente en la práctica médica diaria, seguimos encontrando enfermos que solicitan una medicina paternalista, manifestándose al inicio de la consulta

“vengo a verle doctor, para que me ayude, por favor, dígame qué debo hacer». Otros enfermos por el contrario actúan como personas muy fuertes, muy autónomas, que *“le piden información al médico, pero después toman sus propias decisiones”.* Es aquí, en ambos casos, donde tenemos que saber conseguir una relación médico-enfermo eficaz, donde principalmente debemos humanizar la presencia médica, el comportamiento, los gestos e intercambiar nuestras palabras y silencios con los suyos y sirvan de comunicación y relación médico-enfermo profesional amistosa y afectiva, que en ocasiones alivia y en otras resulta curativa.

Debemos saber que la palabra es una manifestación de lo que nuestro pensamiento quiere manifestar y como desea hacerlo (GEORGIAS DE LEONTINO I). La palabra en el médico, siempre debe ser ética en contenido y forma de expresarlas, pues puede aliviar tristezas, motivar consuelo y compasión, mitigar dolor y temores, infundir tranquilidad, esperanza o alegría. Por esto, **la palabra con amor**, es el principal de los valores humanos hacia la persona que sufre, por lo que una anamnesis tranquila y afable, que respete la intimidad de la persona enferma, crea un diálogo de amistad y confianza en la relación médico-enfermo. Así escribía Platón en el Lisis, *“donde hay amor al hombre en cuanto tal, motiva allí también amor al arte de curar”.*

La palabra valorada junto al tono, timbre de voz, el modo de decirlo, la actitud, el gesto, la postura, el mo-

vimiento, etc., es significativo del pensamiento de quien la emite y donde se encuentra el encanto, la magia de la persona y **el secreto de la personalidad** (KONRAD). Según DIEGO GÓMEZ, *“la palabra del médico con autoridad, debe escogerlas y decir mesuradamente solo lo que puede afirmar y considere oportunas para bien del enfermo”* o para contestar a las preguntas que le hace y sirvan para crear o fortalecer la relación médico-enfermo en grado de amistad o frecuentemente, actuar como fármaco, **medicina verbal**, y que debe dosificarlas adecuadamente, nunca en escasez ni en exceso, pues de esta forma resultan inadecuadas y pueden ser causa iatrogénica de otra patología. Así ORTEGA decía *“la palabra es un sacramento de muy delicada administración”*.

En la relación médico-enfermo se debe valorar la **medicina visual**, que debe ser el primer saber del médico. Con la mirada expresiva del médico al enfermo se le puede estar hablando o escuchando por sí misma, (a veces añadida a la palabra) Por esto, la mirada del médico debe ser de interés y de acogida afectiva del enfermo, además de ser buscadora de posibles alteraciones anatómicas, funcionales o de comportamiento, y debe asociarse a saber escuchar, tener voluntad de escuchar y comprender no solo lo que dice el enfermo, sino también lo que no dice pero desea que el médico adivine y *“debe adivinar”*, es la **medicina visual-auditiva**, fundamental en la relación médico-enfermo. Finalizamos con la **medicina gesticular**, que definió SHAKESPEARE cuando decía *“hay*

un lenguaje en cada gesto” que puede englobar multitud de palabras, es *“la medicina del lenguaje no verbal”*, tanto en el médico como en el enfermo, así, la expresión facial, los movimientos de las manos, etc. son muy significativos, la sonrisa, estrechar la mano con agrado, la postura, etc.

La palabra es seguida de silencio, que también se debe valorar en el enfermo. Así LA FONTAINE decía *“es bueno hablar y mejor callar; Los dos son malos cuando son excesivos”*. Los silencios del enfermo lo dicen todo, pero en una consulta, el médico lo debe romper para conseguir la empatización, demostrando así al enfermo que es escuchado con interés y con ello aumentará la relación médico-enfermo.

En mi conclusión actual de la relación médico enfermo, el paciente debe ser entendido y tratado como un ser humano con todas las circunstancias de su vida personal. El médico debe actuar humanísticamente en todos los aspectos, con claridad, afecto, y deseo de ayudar al enfermo en toda su persona, su presencia, su mirada, su palabra, su silencio, su saludo de manos, interés y afecto, que es **la grandiosidad del acto médico** en que se unen ambos en sincera amistad y entrega.

Finalizo felicitando a la Real Academia de Medicina de Salamanca, pues con la incorporación del Ilmo. Sr. D. Santiago Santa Cruz Ruiz, incrementa su tesoro del haber intelectual, profesional y humanitario. También felicito al Dr. SANTA CRUZ RUIZ por el alto honor

que significa ingresar en la Real Academia de Medicina de Salamanca, felicitación que hago extensivo a su esposa Ilma. Sra. D^a Marisa González Saíz y a sus hijos Marta, Miguel y Cristina.

He dicho

Muchas gracias

