

COLABORACIÓN ESPECIAL**SIN RECONOCIMIENTO RECÍPROCO NO HAY CALIDAD ASISTENCIAL (*)**

Fernando Calvo Rigual (1,5), Ana M Costa Alcaraz (2,3,5), Javier García-Conde Brú (3,5) y M^a Jesús Megía Sanz (3,4,5).

- (1) Servicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia.
- (2) Centro de Atención Primaria Nazaret. Valencia. Agencia Valenciana de Salud.
- (3) Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.
- (4) Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Valencia.
- (5) Grupo de Investigación en Bioética de la Universidad de Valencia.

(*) La aportación de Costa se inscribe dentro del proyecto de investigación "El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural" (FII2008-06133/FISO), subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la redacción del presente trabajo.

RESUMEN

Aspectos básicos de la relación clásica médico-enfermo han entrado en crisis en la medicina actual. Dificultades de comunicación, infravaloración de la empatía, o interposición de criterios economicistas están dando lugar a estilos asistenciales que facilitan la cosificación de los pacientes, el menosprecio de los sanitarios y la indiferencia –de unos y otros– hacia las medidas colectivas de la salud. Principios básicos de esa relación tales como calidad, justicia, autonomía del paciente y beneficencia podrían aparecer débiles de contenido.

En este trabajo se propone aplicar el concepto de "reconocimiento recíproco" procedente de la filosofía, para "recargar" de contenido diferentes aspectos de la relación clínica. En un aspecto "interno", abordando la identidad de los protagonistas: el reconocimiento recíproco buscaría potenciar tanto la del paciente como la del profesional. En un aspecto "externo", buscaría incidir en la calidad de la asistencia, objetivo fundamental de la relación clínica. Con el reconocimiento recíproco aplicado a la salud pública se refuerza el principio de justicia facilitando la construcción de una identidad como ciudadanos de derechos.

Palabras clave: Autoimagen. Relaciones médico-paciente. Calidad de la atención de salud. Bioética

ABSTRACT**Without Reciprocal Recognition
there is not Quality of Care**

Understanding the classic doctor-patient relationship has entered a crisis in medicine today. Communication difficulties, underestimation of empathy, or bringing economic criteria are leading to care styles that facilitate the objectification of patients, contempt for doctors, and indifference of both to collective measures of health. Basic principles of this relationship such as quality, justice, patient autonomy and beneficence may appear weak content.

We intend to apply the concept of "reciprocal recognition" from philosophy to "recharge" content different aspects of the clinical relationship: a look "inside", dealing with the identity of the protagonists seek to promote it by using reciprocal recognition of both patient and the professional. In one aspect "external", focusing on the quality of care, a key objective of the clinical relationship. With reciprocal recognition, issues of justice and equity are reinforced through public health, building an identity of citizens with rights.

Keywords: Self concept. Physician-patient relations. Quality of health care. Bioethics.

Correspondencia:
Fernando Calvo Rigual
Servicio de Pediatría
Hospital Lluís Alcanyís
Carretera Silla- Xàtiva km 2
Xàtiva
46800 Valencia
calvo_fer@gva.es

INTRODUCCIÓN

La medicina actual de los países desarrollados se caracteriza por un alto grado de eficacia acompañado, inevitablemente, de un alto nivel de complejidad. En España los aspectos positivos del modelo asistencial, como la amplitud de cobertura y prestaciones, coexisten con otros poco deseables.

Por una parte, la excesiva confianza en la tecnología unida a la percepción de la asistencia sanitaria como un bien de consumo en un marco de recursos limitados¹, así como algunos factores derivados de la interculturalidad², han contribuido a la crisis de identidad de los protagonistas del encuentro clínico^{3,4}. Junto con un estilo paternalista, en el cual es el médico quien decide lo que considera mejor para su paciente, empieza a coexistir un estilo participativo en el que el facultativo actúa como experto que asesora a un paciente competente que se implica en la toma de decisiones^{5,6} estableciéndose en muchos casos una alianza terapéutica que mejorará la efectividad de las medidas propuestas⁷ y planteando nuevos problemas, como los derivados del paciente consumista que demanda pruebas diagnósticas o tratamientos clínicamente inadecuados.

Por otra parte, el acelerado desarrollo científico-técnico aporta una nueva fuente de variabilidad en la práctica clínica⁸⁻¹⁰, haciendo imprescindible su evaluación con el doble objetivo tanto de fomentar lo mejor para el paciente (recomendando las mejores prácticas) como de asegurar la sostenibilidad del sistema (a través de la identificación de nuevos productos introducidos, siempre más caros que los existentes en el mercado, que aportan escasa o irrelevante novedad terapéutica). Es importante una mirada crítica ante medicamentos novedosos que supuestamente aportan ventajas a los existentes en el mercado, objetivo que ha dado lugar al surgimiento de páginas web en diferentes países^{11,12}. Así pues, analizar factores de variabilidad de la práctica forma parte de las herramientas pro-

puestas desde la salud pública no solo para evaluar la calidad asistencial, sino también para orientar la toma de decisiones en la gestión sanitaria¹³. El análisis de la calidad asistencial se ha aplicado a centros y profesionales comprometidos en buscar lo mejor para el paciente¹⁴, aunque en ocasiones olvida contemplar aspectos relacionados con la comunicación entre ellos y los pacientes.

Por último, a consecuencia de la presión asistencial, profesionales y pacientes se encuentran con frecuencia en un escenario de distanciamiento, de mero intercambio de servicios, en el que la falta de tiempo dificulta la comunicación interpersonal y pone trabas a la toma de decisiones compartida^{15,16}. La organización del sistema sanitario no siempre la favorece. Con ello, el respeto a la autonomía se pervierte. Un ejemplo puede observarse en algunos documentos de consentimiento informado, obtenidos en condiciones tales que los pacientes les llaman documentos de “consentimiento asustado”. La asistencia pública y universal coloca al médico en situación de dependencia respecto a una estructura burocrática susceptible de conflictos de relación, tanto con los estamentos jerárquicos que organizan el trabajo como con aquellos pacientes que hubieran querido elegir otro profesional para recibir atención.

Nos encontramos, pues, en un escenario en el cual el acto médico tiene el riesgo de perder su componente empático¹⁷, para ser sustituido por una mera relación de intereses con una mutua tendencia a la instrumentalización¹⁸. En consecuencia, es frecuente encontrar instituciones cuyo compromiso ético con el paciente se orienta de forma exclusiva a controlar la calidad en sus aspectos científico-técnicos. En este marco es difícil aplicar los conocidos principios de la bioética. ¿Cómo respetar la autonomía del paciente, partiendo de una situación histórica de paternalismo? ¿Cómo lograr una justa distribución de los recursos, cuando éstos son limitados?¹⁹

Honneth ha desarrollado un concepto que tiene su origen en los escritos de Hegel en Jena, "el reconocimiento recíproco", que considera esencial en la construcción de la identidad personal. La identidad del ser humano se construye, a lo largo de la vida, a partir de la auto-comprensión que nace del encuentro con los otros seres humanos. Para sentirnos realizados como personas, los seres humanos necesitamos ser reconocidos por los demás. Cuando no lo somos, de uno u otro modo nos vemos impulsados hacia alguna forma de lucha para alcanzar el reconocimiento²⁰.

Un reconocimiento que va progresando en estadios, desde un ámbito familiar, basado en el afecto, hasta un nivel de reconocimiento social, basado en la dignidad de la persona, pasando por un estadio de reconocimiento legal, que nos considera ciudadanos de derechos. En todos los estadios, el reconocimiento oscila entre el individuo y la colectividad, el individuo como sujeto de derechos y de respeto, y la colectividad que lucha para conseguir unos derechos, y para disponer del marco que permita la cooperación mutua²¹.

La tabla 1 presenta diferentes factores que pueden dificultar el reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud. A continuación se desarrollará, sin ánimo de exhaustividad, algunos aspectos relacionados con el encuentro clínico, la organización de los servicios y la salud pública.

RECONOCIMIENTO E IDENTIDAD EN LA RELACIÓN CLÍNICA

La relación clínica se da entre iguales, pero es asimétrica. Se establece entre dos seres humanos que buscan mejorar la salud. El médico pone en juego su prestigio profesional, mientras que el paciente expone su persona. La enfermedad conduce a una situación de fragilidad que hace a quien la sufre más o menos vulnerable²².

En la atención a la salud, además de mantener los conocimientos científico-técnicos

actualizados, es preciso desarrollar habilidades de comunicación y evitar actitudes que induzcan al paciente a sentirse un objeto. Una actitud distante, en la que no se atiende al estado emocional ni a las necesidades de información de quien consulta, puede llevar a que el paciente se sienta cosificado. La actitud de reconocimiento, atendiendo a las emociones suscitadas por la propia enfermedad y a las necesidades de información, así como al impacto emocional suscitado por algunos diagnósticos, es antagónica a la de cosificación.

A finales del pasado siglo todavía había pocas investigaciones que evaluaran la influencia de la actitud en los resultados del encuentro clínico²³, pero los expertos ya insistían en la necesidad de incluir aspectos de comunicación dentro de los planes educativos²⁴, necesidad de la que cada vez hay más conciencia en el ámbito de la asistencia^{25,26}. Empatizar y ser capaz de establecer una adecuada comunicación con los pacientes, consiguiendo que se sientan escuchados²⁷ forma parte de la competencia profesional y habiéndose observado una relación inversa con demandas por negligencia en el ámbito de la atención primaria²⁸. Como cualquier otra habilidad de comunicación, la empatía puede aprenderse²⁹. Junto con la empatía, otro aspecto importante de la comunicación es la invitación a compartir decisiones³⁰ (primera esfera de reconocimiento) así como el respeto a derechos-deberes recogidos en cartas o códigos deontológicos (segunda esfera de reconocimiento). Cuidando tales aspectos se creará un clima adecuado para que la relación esté basada en la confianza recíproca (tercera esfera de reconocimiento), facilitándose la superación de la actual crisis de identidad del acto médico.

Independientemente de su prestigio social, el médico recibe reconocimiento del paciente cuando éste le manifiesta confianza. Construye su identidad profesional a partir de las pequeñas o grandes manifestaciones cotidianas de confianza que recibe de sus pacientes, y dicha identidad puede reforzarse al recibir la consideración de colegas o grupos sociales.

Tabla 1
Factores que dificultan el reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud

| |
|---|
| Aspectos relacionados con la formación |
| <ul style="list-style-type: none">• Formación académica (pre y post-grado) que incide casi exclusivamente en la dimensión corporal, relegando la psico-espiritual• Currículo oculto |
| Aspectos relacionados con la gestión |
| <ul style="list-style-type: none">• Sistemas de control de calidad basados en la imposición de protocolos, sin evaluar los resultados en salud• Estilo autoritario o economicista de dirección (frente a dirección por valores)<ul style="list-style-type: none">○ Características de planificación de recursos humanos (excesiva presión asistencial)○ Características de planificación de recursos materiales (dificultad de acceso a pruebas complementarias)○ Diferentes tipos de contratos para una misma actividad profesional (plazas, acumulo de tareas)○ Ausencia de refuerzos positivos○ Algunos sistemas de incentivos no relacionados con la mejor cualificación profesional |
| Aspectos relacionados con el encuentro clínico |
| Dependientes del paciente |
| <ul style="list-style-type: none">• Consumismo sanitario y expectativas excesivas por parte de algunos pacientes (choque con las recomendaciones científicas, o con la equidad)• Falta de confianza en el profesional |
| Dependientes del médico |
| <ul style="list-style-type: none">• Hacer sentirse al paciente un caso clínico (habilidades de comunicación)• Hacerle sentir menor de edad (toma de decisiones compartida)• Incompetencia emocional ante situaciones o pacientes difíciles. |
| Aspectos relacionados con la salud pública |
| <ul style="list-style-type: none">• Coordinación entre los profesionales asistenciales y los salubristas inadecuada o insuficiente• Comunicación entre los salubristas y otros profesionales (enseñanza, medios de comunicación) inadecuada o insuficiente• Registros de información inadecuados o insuficientes |

El paciente (“patients”, que padece) recibe reconocimiento cuando percibe ser tratado como una persona que tiene un problema y no como un caso clínico interesante. Para ello, el profesional debe ser capaz de entender cómo se siente y saber manifestárselo mediante expresiones verbales o no verbales. En casos de enferme-

dad grave, quien la sufre se ve impulsado a remodelar su identidad personal adaptándola a las nuevas limitaciones. La enfermedad contamina todos o gran parte de sus pensamientos, bloquea su deseo de proyectar una imagen y lo convierte en persona necesitada de ayuda.

¿En qué situaciones puede producirse falta de reconocimiento?

Cuando el profesional se centra de forma exclusiva en resolver el problema orgánico o psíquico y evita implicarse, no está reconociendo al paciente como persona en situación de fragilidad. Aunque para empatizar es necesario un cierto grado de implicación, no se debe anular cierta distancia terapéutica. El justo equilibrio evitará uno de los principales factores desencadenantes de burnout³¹. En casos de no implicación se corre el riesgo de terminar considerando al paciente como un código diagnóstico, un caso clínico interesante, o un demandador insaciable de asistencia sanitaria, consideraciones que alejan de las metas de la medicina a aquellos profesionales que las sostienen³².

Los medios de comunicación con frecuencia tratan los temas relacionados con la salud fomentando consumismo y alarmismo ante enfermedades banales. Inducen a solicitar sin límite bienes y servicios, y, ante las expectativas generadas a la población, los médicos encuentran difícil asumir la incertidumbre y optan por prescribir en exceso³³ (fármacos, pruebas, derivaciones a diferentes especialistas). Los pacientes que presionan al médico para obtener lo que clínicamente no está justificado, sin atender a razones, están interponiendo barreras, dejando de reconocer la cualificación del profesional.

Potenciar la respectiva identidad puede facilitar el reconocimiento recíproco entre profesionales y pacientes. La identidad del paciente se potencia con el trato personalizado así como con la invitación a participar, si lo desea, en los procesos diagnósticos y terapéuticos³⁴ y facilitándole la articulación de un discurso narrativo propio que le ayudará a autocomprenderse y permitirá al profesional conocer potenciales miedos y expectativas que hayan podido despertar con el proceso de enfermedad³⁵.

La identidad del profesional se potencia con la actualización de conocimientos y el perfeccionamiento de habilidades o la adquisición de otras nuevas que sean aplicables en su contexto³⁶.

No sólo se puede potenciar la identidad en el encuentro clínico. A ello también contribuye el reconocimiento la protección de derechos y obligaciones. En este caso, la promulgación de la Ley 41/2002³⁷ proporcionó un marco adecuado para desarrollar los diferentes aspectos que facilitan la toma de decisiones compartida con el paciente .

RECONOCIMIENTO Y CALIDAD

La interacción entre los dos actores del encuentro clínico viene condicionada por la estructura sanitaria³⁸. Dentro del proceso de atención existen factores organizacionales que, junto con los derivados del encuentro clínico, determinan la calidad total.

La garantía de calidad, entendida como establecimiento de estructuras formales que permiten evaluar la atención prestada³⁹, es un concepto que surge del ámbito empresarial. Según el enfoque que se adopte, puede definirse como excelencia, como valor, como ajuste a unas determinadas características del producto, o como satisfacción de las expectativas del cliente. Los profesionales sanitarios que trabajan para una empresa han de ajustarse a los criterios de calidad contemplados en la misma⁴⁰. En ocasiones, la ética profesional no coincide con la institucional y ello puede ser también fuente de conflictos⁴¹.

Donabedian establece una serie de componentes para el análisis de la calidad⁴²: un componente técnico (estructura), un componente interpersonal que destaca la relación enfermo y personal sanitario (proceso) y un componente correspondiente a la consecución de objetivos con la intervención sanitaria (resultado).

La actualización en conocimientos y habilidades, junto con la disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos, así como la facilidad de acceso a los diferentes niveles de atención, son los componentes de calidad referidos a la estructura del sistema sanitario. La calidad de procesos se orienta hacia la detección de errores evitables (los cuales ofrecen oportunidades para mejorar el sistema)⁴³⁻⁴⁶ la comunicación y los registros de información, teniendo en cuenta cuestiones de ética como son los valores profesionales⁴⁷ y los principios de la bioética. En cuanto a los resultados, la calidad contempla diferentes aspectos que se refieren a los resultados en salud⁴⁸ (por ejemplo, tasa de buen control de la enfermedad entre pacientes crónicos que reciben tratamiento, tasa de mortalidad entre los pacientes hospitalizados).

Conjugar el respeto a la autonomía con el uso prudente de los recursos limitados son premisas de obligada consideración cuando se busca sinceramente el bien del enfermo en el marco de la sanidad pública. La misma importancia, en consideraciones relativas a la calidad, tiene registrar la información generada por los actos asistenciales en la historia clínica. La historia clínica, construida a partir de un diálogo interdisciplinario para el manejo experto de la complejidad diagnóstica y con aspectos surgidos de la comunicación, continúa siendo el eje facilitador de una buena relación con el paciente. A partir de lo recogido en la misma es posible tomar decisiones prudentes que permitan superar las opciones enfrentadas de beneficencia y autonomía llevadas al extremo, aunque todavía existe controversia sobre el derecho del paciente al acceso a las anotaciones subjetivas contenidas en su historia clínica⁴⁹.

Es obvio que el reconocimiento recíproco está limitado o anulado no sólo por la injusticia en la utilización de los recursos de salud, sino también cuando se renuncia a una cultura sanitaria orientada a mejorar la

calidad asistencial. El proceso de calidad es dinámico, se construye de forma continua a partir de los problemas o necesidades detectadas⁵⁰.

RECONOCIMIENTO Y SALUD PÚBLICA

La ya clásica definición de Winslow considera que “La salud pública es la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud... y la eficiencia a través de esfuerzos de la comunidad organizada... y de la organización de servicios médicos y de enfermería...”⁵¹. Los conocimientos científicos sobre medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad difícilmente podrán aplicarse en comunidades inestables. Atendiendo a la propuesta de Honneth sobre lucha por el reconocimiento²⁰, se puede afirmar que la estabilidad de los colectivos humanos surge a partir de experiencias de justicia y se consolida con la reciprocidad de reconocimiento.

Para promover la salud es preciso definir en qué consiste ésta. El X Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana matiza la definición propuesta por la OMS (1946)⁵², señalando que el malestar y la misma enfermedad están con frecuencia presentes en la búsqueda de la salud (en tanto en cuanto significan sensibilidad y capacidad de reacción adecuadas). En dicho congreso se define la salud como “una manera de vivir autónoma, solidaria y alegre”⁵². El proceso de enfermar viene determinado no solo por factores individuales, también por factores sociales. La salud pública tiene entre sus cometidos el de identificar en la práctica factores de riesgo para enfermar así como errores evitables del sistema de salud, recomendar estilos de vida saludables y elaborar informes que fundamenten las decisiones tomadas por gestores y políticos responsables de la planificación sanitaria.

Desde el ámbito de la salud pública se practica reconocimiento a ciudadanos y

profesionales cuando, en el desarrollo de investigaciones sobre los diferentes presupuestos filosóficos, se es capaz de fomentar la identidad de los miembros de diferentes colectivos, conminando al Estado a atender las necesidades detectadas⁵³. Y también cuando desarrolla instrumentos para evaluar y potenciar la calidad asistencial⁵⁴, siempre teniendo en cuenta el punto de vista de los colectivos afectados⁵⁵.

Las recomendaciones del clínico en relación a decisiones referidas a la salud individual no suelen ser desatendidas por quienes toman decisiones en materia de planificación sanitaria. No sucede lo mismo con las cuestiones relativas a la salud pública, que muchas veces son adoptadas sin tener en cuenta las prioridades de la población y los informes técnicos elaborados (en base a pruebas científicas consistentes) por los salubristas⁵⁶. Estos casos, imprudentes desde el punto de vista del conocimiento científico, ejemplifican la falta de reconocimiento desde el ámbito de la gestión hacia los profesionales expertos en salud pública. En otras ocasiones, aunque se atiende a las recomendaciones sobre objetivos, no se tiene en cuenta el método, por lo cual las medidas políticas encaminadas a modificar conductas son impositivas y, consiguientemente, susceptibles de provocar desapego cuando no rechazo social. Es el caso de la reciente Ley española antitabaco⁵⁷. Muy posiblemente la respuesta habría sido otra si la ley hubiese culminado un proceso de programas informativos, educativos y asistenciales, aceptando como interlocutores válidos a los colectivos afectados⁵⁸ y estableciendo plazos a partir del consenso.

Desde el ámbito de la gestión se puede potenciar la identidad de pacientes y profesionales. La del primer colectivo minimizando las listas de espera, disponiendo de un buen sistema de información sobre derechos-deberes, contemplando la posi-

bilidad de libre elección (de profesionales asignados o de centro asistencial) y mediante un servicio de atención al paciente con capacidad resolutive. La de profesionales, clínicos o salubristas, dotándoles de medios adecuados para desempeñar su función y facilitándoles la continuidad en los puestos de trabajo. La de ambos colectivos (pacientes y profesionales) reconociéndoles como interlocutores válidos y mediante una organización adecuada que, por una parte, evite circuitos redundantes, por otra, posibilite la comunicación entre niveles asistenciales así como con otros colectivos sociales interesados en la salud (educadores, medios de comunicación y sectores laborales, entre otros).

A MODO DE CONCLUSIÓN

La reciprocidad de reconocimiento en la relación clínica exige, por una parte, mantener estilos de comunicación adecuados basados en el respeto mutuo y, por otra, establecer el empoderamiento de los actores implicados en la misma, pacientes y profesionales. Implicando a los pacientes en la toma de decisiones concernientes a su salud se reduce el riesgo de errores evitables y se mejora el control de los problemas de salud crónicos^{59,60}.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Carlos Siurana Aparisi. Investigador Ramón y Cajal. Profesor del Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política de la Universidad de Valencia, por sus sugerencias y apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: Bioética, cap 23 [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.bibliomed.com/biblioteca/paho/bioetica/Cap23.pdf>
2. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annu Rev Public Health*. 2004;

25:439-55.

3 . Giddens A. Modernidad e identidad del yo. Barcelona: Península; 1997.

4. González Quirós, JL. Valores, modos y modas en el ejercicio de la medicina. *Educ méd.* 2006;9:15-20.

5. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29(Supl. 3):7-17.

6. Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, monografía nº 8 [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo8.pdf>

7. Lorenzo S. Hacia nuevos planteamientos de la calidad. El paciente como coprotagonista. Informe SES-PAS 2008. *Gac Sanit.* 2008; 22 Suppl 1:186-91.

8. Gómez de la Cámara A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *An Sis Sanit Navar.* 2002;25:11-26.

9. Fiol M, Cabadés A, Sala J, Marrugat J, Elosua R, Vega G, et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda). *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:443-52.

10. López de Castro F, Montero Fernández MJ, Valles Fernández N, Fernández Rodríguez O, Alejandro Lázaro G, Chacón Fuertes J. Variabilidad en la prescripción farmacéutica de atención primaria de Castilla la Mancha durante 2003. *Rev Esp Salud Pública.* 2005;79:551-8.

11. Farmacéuticos de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Hemos leído... noticias terapéuticas y de prescripción [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.hemosleido.es/>

12. Asociación Mieux Prescrire. Prescrire [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.prescrire.org/fr/>

13. Burgos Rodríguez R. El clínico ante la gestión clínica. Variabilidad en la práctica médica. *Rev Esp Reumatol.* 2002;1(Supl 2):41-3.

14. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calid Asist.* 1998;13:92-7.

15. Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordovás Casaurrán R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria.* 2008;40(2):97-9.

16. Abellan Perpignan JM, Sanchez Martinez FI, Martinez Perez JE. ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? *Gac Sanit.* 2008; 22 Suppl 1:179-85.

17. Borrell i Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc).* 2011;136:390-7.

18. Bernal-Delgado E, Ortun-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y su sostenibilidad. *Gac Sanit.* 2010;24:254-8.

19. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Triacastela; 2002.

20. Honneth A. La lucha por el reconocimiento. Barcelona: Crítica; 1997.

21. Ricoeur P. Caminos del reconocimiento: tres estudios. Madrid: Trotta; 2005.

22. Ricoeur P. La diferencia entre lo normal y lo patológico como fuente de respeto. En: *Lo justo 2.* Madrid: Trotta; 2008. p. 173-182.

23. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15:25-38.

24. Stillman PL, Swanson DB. Ensuring the clinical competence of medical school graduates through standardized patients. *Arch Intern Med.* 1987;147:1049-52.

25. Domínguez-Nogueira C, Expósito-Hernández J, Barranco-Navarro J, Pérez-Vicente S. Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia. *Rev Calid Asist.* 2007;22:44-9.

26. Arroba Basanta ML, Dago R, Manzarbeitia P. Entrevista clínica en pediatría: teoría y práctica. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010; 12 Supl 19:s263-70.

27. Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Ortiz L. Escuchar con atención al paciente aporta más de lo que cuesta. *Med Clin (Barc).* 2010;135:477-8

28. Lewinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 1997; 277:553-9

- 29 . Buckman R, Tulskey JA, Rodin G. Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition?. *CMAJ*. 2011;183:569-71
- 30 . Costa Alcaraz AM, Siurana Aparisi JC, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordovás Casaurrán R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Rev Clin Esp*. [en prensa 2011]
- 31 . Epstein RM. Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria*. 2001;27:511-3.
- 32 . Siurana JC. La Bioética y los fines de la medicina [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.fisterra.com/bd/upload/bioeticayfines.pdf>
- 33 . Schwartz B, Bell DM, Hughes JM. Preventing the Emergence of Antimicrobial Resistance. *JAMA*. 1997;278:944-5.
- 34 . Groopman J. ¿Me está escuchando, doctor? Un viaje por la mente de los médicos. Barcelona: RBA; 2008.
- 35 . Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 2001;286:1897-902.
- 36 . Epstein RM. Mindful Practice. *JAMA*. 1999;282:833-9.
- 37 . Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE [citado el 5-7-2011]. Accesible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188.
- 38 . Girón M, Beviá B, Medina E, Simon Talero M. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:561-75.
- 39 . Rodríguez Pérez P. Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: Evolución, tendencias y métodos. *Arbor* 2001; CLXX(670):371-81.
- 40 . Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Ética de las empresas sanitarias [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/pdf/empr esas.pdf>
- 41 . Gracia D. Ética profesional y ética institucional: ¿Convergencia o conflicto?. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80:457-67.
- 42 . Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1996;44:166-206.
- 43 . Leape L, Brennan T, Laird N, Lawthers A, Localio A, Barnes B, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-84.
- 44 . Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995;163:458-71.
- 45 . Alonso Cuesta P, Rodríguez Roldán JM. Ética y variabilidad de la práctica médica. *RAS*. 2000; 4: 17-27.
- 46 . Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001; 322:517-9.
- 47 . Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Los valores [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/valores.asp>
- 48 . Soto Álvarez J. Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. *An Med Interna*. 2007;24:517-9.
- 49 . Moreno Madrid F, Molina Carvallo A, Herrmann F, Tesse R, Girón Caro F, Muñoz Hoyos A. Anotaciones subjetivas en la historia clínica. Divergencias entre el Derecho y la Medicina. *Bol SPAO*. 2010;4:209-14.
- 50 . Aronson MD, Neeman N, Carbo A, Tess AV, Yang JJ, Folcarelli P, et al. A model for quality improvement programs in academic departments of medicine. *Am J Med*. 2008;121:922-9.
- 51 . Winslow CEA. The Untilled Fields of Public Health. *Science*. 1920;51(1306): 23-33.
- 52 . Xe Congrè de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://taller.iec.cat/cmibllc/fons/10/10.03.056.pdf>
- 53 . Granda E. Salud pública e identidad. OPS [citado el 14-5-2011]. Accesible en: http://salpub.uv.es/spts/docs/Granda_articulo64.pdf
- 54 . Guix Oliver J. Calidad en salud pública. *Gac Sanit*. 2005;19:325-32.
- 55 . March JC, Prieto A. La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calid Asist*. 2001;16:57-60.

56. Criado-Alvarez JJ. ¿Qué pensaría Lalonde sobre la toma de decisiones en salud pública?. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:158-9.

57. Boletín Oficial del Estado. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm 318 de 31-12-2010

58. Ramiro Avilés MA, Lobo F. La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. Informe SESPAS. *Gac Sanit*. 2010;24 Suppl 1:120-7.

59. Fisher P. Wellbeing and empowerment: the importance of recognition. *Sociol Health Illn*. 2008;30:583-98

60. Anderson RM, Funell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns*. 2005;57:153-7.