

EL DIAGNÓSTICO COMO RECURSO SANITARIO Y SOCIAL.

DR. AGUSTÍN HUETE GARCÍA

Profesor Asociado de Sociología. Departamento de Sociología y Comunicación. Facultad de Educación. INICO. Universidad de Salamanca.
Director de: www.intersocial.es

SUMARIO

1. SALUD, ENFERMEDAD Y SOCIEDAD.
2. EL DIAGNÓSTICO COMO PRINCIPIO, COMO MEDIO Y COMO FIN.
3. EL PACIENTE EXPERTO Y LAS SUPER-FAMILIAS EN LA CULTURA MEDITERRÁNEA.
4. EL DIAGNÓSTICO COMO RECURSO SANITARIO Y SOCIAL: EL CASO DE LAS ENFERMEDADES RARAS.
5. LA AUSENCIA DE DIAGNÓSTICO COMO FORMA DE DISCRIMINACIÓN.
6. CONCLUSIÓN: LA IMPORTANCIA SOCIAL DEL DIAGNÓSTICO.
7. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico, inclusión social, discriminación, coordinación sociosanitaria.

RESUMEN

En este trabajo se trata de poner de manifiesto la importancia social del diagnóstico, como elemento clave más allá de los aspectos puramente médicos. Para ello se ofrece en primer lugar una visión social de la salud y la enfermedad y su relación con la exclusión social, para entrar en los efectos sociales de la demora o ausencia diagnóstica, utilizando como ejemplo las enfermedades raras. Se pretende en última instancia aflorar una relación íntima, profunda, entre lo social y lo sanitario, que aunque existente, queda habitualmente mediada por una concepción biomédica de la salud, y oculta bajo el manto de la eficacia burocrática de los sistemas de apoyo y bienestar.

KEYWORDS

Diagnosis, social inclusion, discrimination, health and social care coordination.

ABSTRACT

This paper aims to highlight the social importance of diagnosis as a key element beyond the purely medical aspects. Consequently, a social view of health and disease is offered first, and its relationship with social exclusion, to know the social effects of the delay or absence of diagnosis, using the example of rare diseases. The ultimate aim is to find an intimate, deep relationship between social and health areas, which although existing, are usually part of a biomedical understanding of health, and hidden under the cloak of bureaucratic efficiency in support and welfare systems.

1. SALUD, ENFERMEDAD Y SOCIEDAD.

Con frecuencia se ha explorado la idoneidad y beneficios de la coordinación socio-sanitaria a través de múltiples caminos, entre los que se encuentran criterios económicos, burocráticos, de beneficio personal o social, eficiencia, eficacia, calidad... entre otros muchos. Pero si acudimos a la raíz del problema de la coordinación socio-sanitaria, encontramos que entre salud y sociedad existen unas relaciones tan intensas, que en lo nuclear podría decirse que no hay forma de bienestar que no sea, en buena medida y a la vez, social y sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud así lo reconoce desde su fundación, cuando define la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social" (OMS, 1948). La salud y su opuesta, la enfermedad, son por tanto fenómenos bio-psico-sociales, y así son o deberían ser tratados por los recursos y servicios de los que cualquier civilización se dota para garantizar el mejor estado de salud posible a su ciudadanía.

Es ya comúnmente aceptado que la enfermedad se relaciona con aspectos sociales, y se elabora en relación con los demás: la enfermedad es por tanto relativa, y construida socialmente (Brown, 1995). Las enfermedades no son las mismas y no son igualmente vistas a lo largo de la historia, ni comparativamente entre sociedades, ni siquiera entre clases sociales. Así, hay enfermedades que son cotidianamente identificadas como propias de determinados grupos, por lo que tienen diferente "prestigio"; sin entrar en detalles, no es "socialmente" lo mismo tener *Sarna*, que *Gripe*; ni es igual tener *Cáncer de Pulmón*, que *Cáncer de Mama*; ni tener *Cirrosis* que *Hepatitis*. Detrás de cada una de

estas enfermedades se crea automáticamente en nuestro imaginario una serie de causas, expectativas y consecuencias, que determinarán en cada caso la imagen social de la persona afectada.

También socialmente la enfermedad tiene una relación íntima y especial -que se pierde en la noche de los tiempos- con la culpa, y que tiene que ver fundamentalmente con las creencias, como aspecto cultural clave: durante siglos, las enfermedades han sido explicadas como castigos, pero aún hoy cuando alguien enferma, puede ser frecuente pensar que sea *por algo*, suponer que sea un castigo, incluso creer que *lo merezca*. En otras palabras, resulta que todo lo relacionado con la salud y la enfermedad, tiene también un componente moral (García, 2013).

Estos elementos sociales de la enfermedad serán más o menos capaces de marcar la vida de las personas en función de muchos aspectos, pero uno de ellos es sin duda la severidad de los síntomas, pruebas o secuelas que de tal enfermedad se derivan. La *severidad* en términos generales puede ser entendida como *cronicidad* (una enfermedad severa será aquella que se manifiesta a menudo o de manera constante a lo largo del tiempo), pero también como *gravedad* (en este caso la enfermedad severa será aquella que se manifiesta comprometiendo la vida).

La salud y la enfermedad son por tanto categorías que en buena medida tienen una construcción social, y determinan total o parcialmente a la persona, su estado de salud (bio), su imagen personal (psico) y lo que los demás perciben de ella (social) (Engel, 1977).

2. EL DIAGNÓSTICO COMO PRINCIPIO, COMO MEDIO Y COMO FIN.

A pesar de que el *modelo biopsicosocial* de la enfermedad es comúnmente aceptado en el plano académico y formal, es decir en los discursos y las leyes, la realidad es que en la práctica clínica permanece el conocido como *modelo biomédico*, que se caracteriza fundamentalmente por una atención exclusiva a los síntomas o causas biológicas como fuente de información para enfocar el diagnóstico, el tratamiento y la curación (Laham, 2016).

El avance del modelo biomédico, fundamentalmente desde finales del siglo XIX, ha consolidado una concepción de la salud y la asistencia sanitaria centradas en la enfermedad como hecho puramente biológico, que ha situado al diagnóstico como elemento clave, y al tratamiento médico y farmacológico como fin. (Hart, 1985).

Pero la visión fundamentalmente biomédica de la enfermedad ha trascendido el ámbito de la profesión médica, y con el avance formativo y tecnológico de las sociedades modernas se ha generalizado en el discurso colectivo, instalando en las poblaciones occidentales un interés generalizado y a veces desmedido por cuestiones biomédicas que en otro tiempo fueron exclusivas de las profesiones del campo de la salud. De esta forma no es extraño encontrar en escenarios de la vida cotidiana (conversaciones informales, medios de comunicación), interés por cuestiones relacionadas con genética o epidemiología, por poner algún ejemplo habitual y reciente.

Esta concepción biomédica se ha extendido pues más allá de lo biológico, a los elementos

psicológicos y sociales, extendiendo el protagonismo del diagnóstico (esto es, el “nombre”) de la enfermedad, como elemento desencadenante de múltiples procesos relacionados no sólo con lo médico, sino también con lo psicológico y lo social. Muchos de estos procesos, aunque no todos, tienen que ver con apoyos que se reciben, o no, en función de la existencia de un diagnóstico, pero también del “prestigio” o construcción social del diagnóstico recibido.

Tal como reconoce la OMS (2001), la información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento (esto es, la capacidad de la persona para realizar o no determinadas tareas en su vida cotidiana), nos proporciona una visión de su estado de salud que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones, es decir, en el despliegue de recursos y servicios destinados a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas.

Entonces, siendo el diagnóstico un bien tan necesario, ¿está a disposición de todas las personas que lo precisan?. No resulta sencillo responder a esta pregunta, precisamente dado que, como se ha indicado, el diagnóstico en sí mismo se ha convertido en un recurso clave para el despliegue de muchos otros apoyos (médicos, psicológicos, sociales), pero también estadísticos. Dicho de una forma más clara, las personas sin diagnóstico son difícilmente identificables en las estadísticas, precisamente porque esa carencia de diagnóstico dificulta su identificación en los registros sanitarios y/o sociales.

Aún así, se pueden obtener algunas pistas. Según los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria¹ (INE, 2014), aproximadamente el 4% de las altas hospitalarias ocurridas en 2014

en España se produjeron por una causa diagnóstica desconocida. Si hacemos un “ranking” de las etiologías más frecuentes por las que se produjeron ingresos en ese año, podríamos encontrar entre las 20 primeras varias referencias que no se atribuyen a un diagnóstico concreto.

3. EL PACIENTE EXPERTO Y LAS SUPER-FAMILIAS EN LA CULTURA MEDITERRÁNEA.

Tal como señala Moreno (2001), el Estado de bienestar de los países del sur de Europa presenta algunos rasgos diferenciales que se conforman a partir de una cultura que se ha dado en conocer como “mediterránea”. En este entorno cultural, la familia supone una unidad especial de prestación de servicios relacionados con el bienestar, y con frecuencia actúa como soporte fundamental de determinadas necesidades no sólo afectivas, sino también materiales.

En un análisis de estrategias de cuidados para niños y ancianos, Bettio y Plantenga (2004) identifican que los países del sur de Europa presentan una alta intensidad en la provisión de cuidados informales en la familia.

Conforme la sociedad avanza y se moderniza, se producen grandes progresos en el conocimiento y la tecnología, que se traducen en mejores medios para el diagnóstico y el tratamiento. En paralelo, los incrementos en el conocimiento se hacen extensivos a la población general, proceso que se ha facilitado con el desarrollo de las Tecnologías de la Información y

la Comunicación, el acceso a Internet y las mejoras en el nivel cultural (Mira, 2005).

Tal como hemos sabido (Díaz y Huete, 2009), los procedimientos relacionados con el diagnóstico, en general, implican fases de espera que, aunque según los casos resultan excesivamente largas y muy estresantes para las “superfamilias”, no lo son tanto por el tiempo que transcurre, como por la falta de información y la sensación de inseguridad e incertidumbre que deben afrontar mientras tanto.

En el proceso de consecución del diagnóstico, la mayoría de los afectados y sus familias experimentan situaciones de desinformación, angustia y, por lo general, una importante falta de confianza en los servicios sanitarios ante la falta de una respuesta efectiva en medio de una sucesión de pruebas, y otros trámites burocráticos y administrativos (Díaz y Huete, 2009).

Ante una situación tan incierta como es la búsqueda o la espera de diagnóstico, las personas afectadas y sus familias, así como los profesionales, presentan necesidades claras de información que, en ausencia de diagnóstico cierto, no se llegan a contrastar con entidades, grupos u otros servicios expertos, por lo que se ven obligados a recurrir a fuentes alternativas y no siempre eficaces de información.

Los avances biomédicos han generado una extensión de la cronicidad, y una necesidad de prolongar cuidados (Millaruelo, 2010) para

¹ La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) recoge información sobre el número de enfermos dados de alta que han ingresado en un centro hospitalario y que han pernoctado al menos una noche en hospitales tanto públicos como privados. Además del número de enfermos dados de alta, la información detalla variables tales como: sexo, edad, fecha de ingreso, fecha de alta, provincia de residencia, tipo de ingreso y motivo del alta. El criterio de clasificación de estas altas se hace a partir del diagnóstico principal que según criterio médico ha sido la causa del ingreso. Este diagnóstico se codifica según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC).

la que la participación de las familias resulta no sólo útil, sino muy relevante en los tratamientos. Desde la perspectiva del paciente y su familia por tanto, la extensión de la visión biomédica de la enfermedad ha tenido como consecuencia un interés, que podría ser considerado a veces hasta excesivo, por conocer los pormenores técnicos de la enfermedad, en un afán por comprender y controlar su evolución y proveer cuidados, cuestión que genera no pocos conflictos en la relación médico-paciente en la sociedad actual.

Más allá del entorno sanitario, el movimiento social relacionado con las organizaciones de pacientes en España es identificable como de base familiar en la mayoría de los casos, y surgido como respuesta a las necesidades no cubiertas de atención y que como consecuencia de ello, ha ido asumiendo responsabilidad directa en la planificación y gestión de programas y servicios de apoyo. Ocurre que, en la práctica totalidad de los casos, este movimiento social de base familiar se organiza precisamente por diagnósticos, cuestión que vuelve a dejar en una zona de incertidumbre e invisibilidad a las personas que carecen de él.

La comprensión de la importancia social del diagnóstico desde una óptica de redes y recursos de apoyo y políticas sociales, requiere por tanto prestar especial atención al papel que han jugado en este ámbito las familias, y las organizaciones de la sociedad civil que las representan, así como los diagnósticos que les sirven como base de identificación y articulación como organizaciones.

4. EL DIAGNÓSTICO COMO RECURSO SANITARIO Y SOCIAL: EL CASO DE LAS ENFERMEDADES RARAS.

Las Enfermedades Raras se definen como enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y alto nivel de complejidad (OMS, 2012). Muchas de ellas son de carácter genético. Se considera que una enfermedad es rara o poco común cuando afecta a menos de 5 de cada 10.000 personas. Según los datos de la Dirección General de Sanidad y protección de los consumidores de la Comisión Europea (2013), entre 5.000 y 8.000 ER distintas afectarán hasta a un 6% de la población total de la Unión Europea en algún momento de la vida.

La estimación sobre prevalencia más fiable que se dispone en España proviene del estudio ENSERio promovido por la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), que establece que el número de personas con EERR se sitúa entre 787.007 y 839.648 personas (Díaz y Huete, 2009).

Aunque se trata de una población bastante desconocida en términos sociales, en los últimos años se ha registrado un creciente interés por la investigación de las EERR desde una perspectiva social, lo cual ha permitido conocer, entre otras cosas, la importancia que el diagnóstico en sí mismo cobra como recurso sanitario y social. Sin embargo, dada la dispersión de la población, los estudios sociales sobre EERR resultan aún complicados de implementar y escasos.

Según algunos de los análisis disponibles en la actualidad, una de las principales dificultades a las que en general se refieren las personas

afectadas por una enfermedad rara es la de la obtención de un diagnóstico correcto en un plazo de tiempo aceptable (Díaz y Huete, 2009). Esta es además, según su discurso, una dificultad transversal que les afecta en múltiples aspectos de la vida cotidiana, más allá de lo puramente sanitario.

Según se ha estimado, el promedio de tiempo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas de una enfermedad rara hasta la consecución de un diagnóstico se eleva hasta casi 5 años, una cifra que, en contraposición con la demora diagnóstica de otras enfermedades comunes (sean graves o no) resulta muy alta (Díaz y Huete, 2009).

Aun así, si acudimos a las cifras acumuladas, constatamos que a pesar de que en la población con EERR es o intuitivamente se podría estimar como relativamente frecuente la ausencia de un diagnóstico cierto, la población sobre la que se han podido aplicar encuestas u otras herramientas de investigación social parece revelar que el fenómeno de la ausencia de diagnóstico no es ni mucho menos generalizado.

En un trabajo reciente (Huete, 2015), hemos constatado que la población con EERR que acude a las oficinas de farmacia no sufre en general incertidumbre en el diagnóstico ya que 9 de cada 10 personas que acuden a la farmacia comunitaria tienen un diagnóstico confirmado. Algunos años atrás, en otra encuesta realizada a una muestra amplia de población con EERR, se comprobó que sólo una de cada diez personas encuestadas tenía un diagnóstico pendiente de confirmación y que el 3% carecía de diagnóstico (Díaz y Huete, 2009).

Cabe entonces preguntarse ¿por qué la ca-

rencia de diagnóstico se muestra como una de las principales preocupaciones de pacientes de EERR y sus familias, a pesar de que resulta un fenómeno numéricamente poco frecuente?. La primera explicación a esta cuestión, y quizá la más reveladora, es procedimental, y se relaciona con la forma en que se aplican los instrumentos de investigación, encuestas en este caso, de los trabajos referidos: dado que las EERR son un fenómeno no muy frecuente y bastante disperso, los trabajos de campo únicamente son aplicables a través de servicios especializados de atención, organizaciones de pacientes, recursos sociales y otros canales que en general son dirigidos a personas que tienen algo en común: *están diagnosticadas* o forman parte de servicios en cuyos registros *figura el diagnóstico*. Incluso el movimiento asociativo de organizaciones de pacientes, como ya se ha indicado, se identifican en su denominación, objetivos y fines, en base a categorías diagnósticas de las poblaciones a las que prestan apoyo, lo cual deja en situación de inferioridad de apoyos a las personas que padecen enfermedades para las que no encuentran diagnóstico.

5. LA AUSENCIA DE DIAGNÓSTICO COMO FORMA DE DISCRIMINACIÓN.

De acuerdo con diversos hallazgos de la investigación social que se han expuesto, el modelo biomédico de la enfermedad es culturalmente preponderante en lo sanitario, pero también en lo social. De esta forma, disponer de un diagnóstico resulta un bien en sí mismo no sólo en lo biológico, si no psicológico y social, con efectos tanto en el presente como en el futuro de la persona afectada y su entorno.

En el plano biológico, las consecuencias de la ausencia de diagnóstico se relacionan

fundamentalmente con recurrentes peregrinajes por diferentes instancias del sistema sanitario, además de tratamientos inexistentes o poco adecuados que en suma generan en la población que sufre esta carencia una permanente sensación de incertidumbre y abandono, cuando no hostilidad.

En el plano personal, las consecuencias de la ausencia de diagnóstico se relacionan con una dificultad añadida para reconstruir la propia identidad en relación con la enfermedad, impidiendo así optar a tener un presente (qué me ocurre) y un futuro cierto (qué debo hacer, qué puedo esperar).

En el plano social, las consecuencias de la ausencia de diagnóstico se relacionan, por una parte, con la imposibilidad de optar a un reconocimiento social (poder explicar lo que me ocurre) y por otra con dificultades añadidas para optar a recursos comunitarios, en forma de apoyos por discapacidad, dependencia, prestaciones, etc.

El diagnóstico se ha convertido por tanto en algo así como una "credencial", un "título", o un "salvoconducto" capaz de desencadenar apoyos médicos y sociales que no se despliegan, o lo hacen de manera más deficiente en su ausencia. El diagnóstico puede ser explicado en suma como una forma de distinción, y su carencia una forma de discriminación. Incluso en los movimientos sociales que se desencadenan para promocionar mejoras y reivindicar de derechos (organizaciones de pacientes), el diagnóstico es aún hoy un criterio fundamental para el establecimiento de objetivos y fines asociativos.

La discriminación social por ausencia de diag-

nóstico presenta características muy similares a otras formas de discriminación, como la de género o etnia: en su base hay una condición biológica (el género, la raza, el diagnóstico) que desencadena consecuencias sociales que se traducen en reducción de oportunidades.

La discriminación social por ausencia de diagnóstico, comparte además con otras formas de discriminación el hecho de que sobre el papel, en el discurso social y en las leyes no existe, pero sí en la vida cotidiana, en el ámbito privado, en la relación social. De esta forma, carecer de diagnóstico, al igual que ser mujer o minoría étnica, puede significar automática y arbitrariamente una merma en oportunidades de acceso a dispositivos y recursos de apoyo.

La discriminación social por ausencia de diagnóstico resulta además, al igual que otras formas de discriminación, invisible a las estadísticas ya que la propia configuración de los sistemas de registro y medición –que se construyen en base a la cultura dominante, es decir biológica y basada en el diagnóstico– contribuyen a ocultar la realidad y necesidades de la población sin diagnosticar.

La población carente de diagnóstico puede ser considerada por tanto como un grupo sometido a discriminación, por lo que requiere apoyos suplementarios, dado que afronta dificultades extraordinarias para acceder a beneficios sanitarios y sociales.

Las consecuencias concretas de esta forma de discriminación son una línea abierta de investigación social, aunque si se toman como referencia los datos expuestos y las consecuencias que la discriminación social tiene en otros colectivos, se podría mencionar entre otros el

acceso a: tratamiento, pronóstico, prestaciones, servicios sociales, educación, etc.

6. CONCLUSIÓN: LA IMPORTANCIA SOCIAL DEL DIAGNÓSTICO.

La falta de diagnóstico es una situación a la que con frecuencia se puede enfrentar cualquier persona en algún momento de su vida, aunque en la mayoría de los casos ocurre en momentos puntuales, por un tiempo breve, y en afecciones normalmente leves. ¿Quién en alguna ocasión en su vida no ha dudado -si quiera ligeramente- sobre si los síntomas que presenta son realmente un simple resfriado, un pequeño esguince, o algo distinto?. En una situación así puede ser frecuente sentir inquietud y recurrir a fuentes de información secundarias, a través de medios de comunicación, internet, familiares o amigos; esta situación se tornará tanto más preocupante, cuanto más severos sean los síntomas o más se prolonge el tiempo de incertidumbre.

La carencia de diagnóstico ante cualquier enfermedad es pues una situación común, que con frecuencia se resuelve de forma rápida y sencilla con una información satisfactoria sobre el diagnóstico, y un posterior despliegue de los apoyos que resulten precisos y que serán tanto sanitarios (medicamentos, inmovilización, revisión, ...) como sociales (reposo, apoyo familiar, baja laboral, indemnización, ...). No ocurre así sin embargo en todos los casos, no siempre ocurre en afecciones leves, ni en períodos breves, y es aquí, en casos graves, donde la ausencia de diagnóstico se convierte en un hecho socialmente relevante, pero en la actualidad invisible.

En una sociedad acostumbrada a anclar en el diagnóstico no sólo los servicios sanitarios, sino también los recursos sociales, la inclusión social de las personas sin diagnóstico requiere un cambio en el diseño de las políticas de bienestar, de forma que las necesidades de apoyo puedan ser atendidas independientemente de si existe o no una categoría diagnóstica para la enfermedad que desencadena dichas necesidades.

Desde una perspectiva de coordinación sociosanitaria, la limitación de la importancia social del diagnóstico y su preponderancia cultural como criterio para la administración de servicios de apoyo, resulta un elemento clave de transformación social que será preciso tener en cuenta en el futuro.

Se trata en suma de ubicar a las personas sin diagnóstico –especialmente si esta demora diagnóstica es prolongada y concurre con síntomas severos- en una posición de prioridad para el estado de bienestar, precisamente porque la carencia de diagnóstico se ha convertido en una desventaja para acceder a determinados apoyos, desventaja que, como ocurre con otras formas de discriminación, ha sido construida socialmente.

7. BIBLIOGRAFÍA.

Avellaneda A., Izquierdo M., Torrent-Farnell J., Ramón J. (2007): Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol.30 (2), pp. 177-190.

Bettio, F. y Plantenga, J. (2004): "Comparing Care Regimes in Europe". *Feminist Economics*, vol 10 (1), pp. 85-113.

Brown, P. (1995): Naming and raming: the social constructuion o diagnosis and illness. *Journal of healtd and social behavior*. Vol. 35, pp. 34-52.

Comisión europea (2013): Useful Information on Rare Diseases from an EU Perspective. En línea: <http://goo.gl/OJEoHe> Consultado el 22 de marzo de 2016.

Díaz E., Huete A. (2009). Estudio sobre Situación de Necesidades Sociosanitarias de las personas con Enfermedades Raras en España. Estudio ENSERio. Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).

Engel, G. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Sience*. Núm. 196, pp. 129-136.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014): Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud. En línea: <http://goo.gl/cNwJgs>. Consultado el 20 de marzo de 2016.

García A. (2013): De enfermedades y gentes. *Revista Bioética y Derecho*. Núm: 29, pp.: 3-10.

García-Ribes M., Gaité L. (2005). El médico de familia ante las enfermedades raras: un nuevo desafío para la coordinación asistencial. *Atención Primaria*; Núm: 36, pp.: 243.

Hart, N. (1985): *The sociology of health and medicine*. Ormskirk: Causeway.

Huete, A. (2015): Necesidades socio-sanitarias de la población con enfermedades raras que acude a las oficinas de farmacia en España. *Pharmaceutical Care España*. Vol 17 (6), pp. 745-754.

INE (2014): Encuesta de morbilidad hospitalaria (EMH). En línea: <http://goo.gl/jo4j0m>. Consultado el 2 de abril de 2016.

Laham, M. (2016). El Modelo Biopsicosocial. En línea: <http://goo.gl/IFiLJ5>. Consultado el 3 de mayo de 2016.

Millaruelo, J.M. (2010): Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. *Atención Primaria*. Volumen 42 (1) 1, pp.: 41-47.

Mira, J.J. (2005): El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Fundación Medicina y Humanidades*. En línea: <http://goo.gl/xEw04M> Consultado el 20 de marzo de 2016.

Moreno, L. (2001): "La "vía media" española del modelo de bienestar mediterráneo". *Papers* 63/64. pp. 67-82.

OMS (1948): Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

OMS (2001): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: IMSERSO.

OMS (2012). Unidos para combatir las enfermedades raras. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 90 (6): 471-476.