

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**LA MIRADA HUMANA
A LA RELACIÓ METGE I PACIENT:
ANATOMIA D'UNA TROBADA**

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

DR. MANUEL PERA I ROMÁN

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

DR. LLUÍS GRANDE I POSA



Barcelona

15 de juny de 2025

**LA MIRADA HUMANA
A LA RELACIÓ METGE I PACIENT:
ANATOMIA D'UNA TROBADA**

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**LA MIRADA HUMANA
A LA RELACIÓ METGE I PACIENT:
ANATOMIA D'UNA TROBADA**

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

DR. MANUEL PERA I ROMÁN

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

DR. LLUÍS GRANDE I POSA



Barcelona

15 de juny de 2025

Queda rigorosament prohibit, sense l'autorització escrita del titular del Copyright, sota les sancions establertes en les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la repografia i el tractament informàtic i la distribució d'exemplars d'aquesta, mitjançant lloguer o préstecs públics.

© *Manuel Pera i Román*

© *Luís Grande i Posa*

© *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*

Edició: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

c/. Carme 47, 08001 Barcelona - T. 93 317 16 86

e-mail: secretaria @ramc.cat

D.L.: B 10873-2025

ISBN: 978-84-09-73124-4

Imprès: Trialba

c/ Clot, 13 · 08018 Barcelona · 93 451 65 70

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

DR. MANUEL PERA I ROMÁN

Excel·lentíssim Senyor President,
Digníssimes Autoritats,
Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics,
Distingits companys i amics,
Estimada família,

El primer que m'agradaria expressar és un profund agraïment als membres de l'Acadèmia i a las persones que han donat el suport a la meva candidatura, perquè avui pugui dirigir-me a vostès des d'aquest faristol, una vegada haver estat escollit acadèmic numerari electe de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, una institució molt venerable, amb més de 250 anys d'història. Penso que per qualsevol metge, en aquest cas cirurgià, fruir de l'honor atorgat pels seus col·legues és un privilegi i una distinció incommensurable; i encara més, quan veus que entre aquests 60 membres numeraris de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya hi ha molts dels professors que en varen inculcar i ensenyar una forma d'entendre i exercir la Medicina que m'ha permès assolir aquesta fita. Especialment, vull agrair la il·lusió i l'interès de dues persones que m'han donat un suport especial. Són el professor Lluís Grande i Posa i el professor Laureano Fernández-Cruz. Tots dos han estat, per a mi, un exemple d'autèntics cirurgians acadèmics que m'han acompanyat al llarg de la meva carrera i que admiro profundament. Així mateix vull donar les gràcies al professor Lluís Grande per acceptar de respondre al meu discurs i a la professora Carmen Gomar i al professor Laureano

Fernández-Cruz per haver acceptat ser els meus padrins en aquesta cerimònia.

En un acte com el d'avui és lògic que en vinguin a la memòria una multitud de records i vivències que han anat configurant la meua vida i han fet de mi la persona i el metge que sóc.

De la meua infància, em queden els records de Sevilla i el pati preciós i gran de la casa natal. Com va escriure Luis Cernuda, “Hay destinos ligados a un lugar o con un paisaje. Allí en aquel jardín, sentado al borde de una fuente, soñaste un día la vida como embeleso inagotable”. Vivències al costat dels meus pares Cristóbal i Mercedes, i dels meus germans, en les quals sempre va ser present la figura del meu avi Manuel Pera Jiménez, metge de família que, prèviament, havia exercit —fins al naixement del meu pare— en un poble petit i humil de la Baixa Extremadura. La relació amb el meu avi va ser molt estreta i, des de ben petit, em va transmetre l'amor per la seva professió i la seva dedicació compassiva als pacients.

Amb nou anys vaig arribar a Barcelona, ciutat on el meu pare havia aconseguit, en una oposició competida, la càtedra de Cirurgia de la Universitat de Barcelona i la direcció de la III Clínica Quirúrgica de l'Hospital Clínic i Provincial. Molts anys després, vaig entendre com era d'immens el repte per un jove cirurgià i professor universitari de només 38 anys i també per la meua mare i els meus germans. Aquella aventura va canviar les nostres vides. Des de llavors, Barcelona i Catalunya han sigut casa meua, la terra on m'he desenvolupat com a persona. Tanmateix, sempre he gaudit del privilegi de mantenir una relació perenne amb la meua ciutat natal, amb els meus orígens.

No hi ha dubte que l'ambient familiar va influir en la meua vocació mèdica futura. El meu avi Manuel i el meu pare van ser exemples primerencs que em van encaminar cap a la medicina. També ho va ser el meu besoncle Cristóbal Pera Jiménez, cirurgià digestiu de prestigi a Sevilla, que havia tingut una relació estreta amb la cirurgia catalana a través de l'amistat amb Jaume Pi i Figueras, i el seu fill Carlos Pera Madrazo, catedràtic de Cirurgia de la Universitat

de Còrdova i líder en la cirurgia hepatobiliopancreàtica i els transplantament, al qual agraeixo, avui, la seva presència en aquest acte tan important per a mi. Ambdós, pare i fill, varen ser reconeguts amb el premi Pere Virgili de la Societat Catalana de Cirurgia.

Vaig estudiar Medicina a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona i a l'Hospital Clínic. A meitat dels meus estudis, vaig aconseguir, per oposició, una plaça d'alumne intern de cirurgia en la càtedra de Cirurgia que dirigia el meu pare. Com a estudiant em vaig integrar en un servei que tenia un clar compromís acadèmic. Varen ser els meus primers contactes amb cirurgians joves i ambiciosos com Laureano Fernández-Cruz, Josep Visa i Miracle i Manel Trias i Folch. També vaig coincidir amb Juan Carlos García-Valdecasas, Lluís Grande, Josep Fuster, Eduardo Targarona i Antonio Lacy. D'ells, en vaig aprendre molt i tots ells, amb el pas del temps, varen formar part d'una de les escoles de cirurgia més prestigioses d'Espanya, reconeguda internacionalment.

Després d'aquest període inicial, vaig tenir el privilegi de completar la formació com especialista en cirurgia general i digestiva a l'Hospital Clínic. Varen ser anys de treball clínic intens, però també anys plens d'il·lusió per formar-me com a cirurgià i aconseguir els màxims objectius acadèmics en un entorn tan especial. Laureano Fernández-Cruz acabava de tornar de la Universitat de Califòrnia a San Diego i va impulsar, amb un enorme afany i entusiasme, un laboratori de cirurgia experimental, insòlit en aquell moment. En aquest espai, alguns cirurgians joves del nostre hospital, així com d'altres centres, vam compartir llargues tardes dedicades a projectes de recerca. Així mateix, vaig tenir la sort de col·laborar amb Lluís Grande a la Unitat de Motilitat Esofàgica que ell havia creat i que va esdevenir una iniciativa pionera a Espanya. Totes aquestes experiències tan apassionants van orientar decisivament el meu camí cap a la recerca.

Voldria ara destacar les persones que han estat els meus mentors i que van ser decisives en cada una de les etapes de la meua futura carrera com a cirurgià acadèmic. A l'origen d'aquesta aventura

professional, que inclou de manera entrelaçada l'assistència, la recerca i la docència, permeteu-me que mencionï el meu pare, el professor Cristóbal Pera Blanco-Morales, cirurgià acadèmic i persona culta, i la influència que va tenir en la meua formació per a la docència universitària. Des de molt jove, em va contagiar la seva passió per aprendre i ensenyar, per exercir el pensament crític des d'una visió humanística de la Medicina i per la cerca de l'excel·lència i l'obra ben feta. Haig de reconèixer, però, que en aquells anys no va ser fàcil compartir el mateix cognom ja que, al mateix temps que s'espera el millor d'un mateix, se sol creure que pots tenir el camí més fàcil. Tanmateix, aquest prejudici em va emperonar encara més i em va reafirmar en el compromís de completar la millor formació possible que, amb el pas del temps, em permetés ser reconegut pels meus mèrits i assoliments. A aquestes alçades de la vida, puc dir amb orgull que ho he aconseguit.

També voldria reconèixer cinc persones més que han estat fonamentals en la meua trajectòria com a cirurgià. Parlo d'autèntics referents i veritables mentors, que no només han contribuït al desenvolupament del meu bagatge de coneixements i habilitats tècniques, sinó que han deixat una empremta profunda en la meua vida professional, sempre guiats per una exigència ètica exemplar. Tots m'han acompanyat i orientat en les diverses etapes de la meua formació.

Adrian Marston, cirurgià vascular en el Middlesex Hospital de Londres i premi Gimbernat de la Societat Catalana de Cirurgia, amb qui vaig tenir l'oportunitat d'estar en dos períodes durant els meus estudis de Medicina, va ser qui em va transmetre, de manera precoç, la importància de la primera trobada amb el pacient i tot el ritual en el qual s'ha de sustentar una relació autènticament humana. Va ser el meu primer contacte amb la cirurgia britànica, un vincle que, des de llavors, s'ha mantingut molt estret.

Vaig conèixer el professor Antonio Cardesa tot just arribar a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona com a nou catedràtic d'Anatomia Patològica. Recordo que, essent resident de

cirurgia, li vaig demanar de completar un període de rotació externa en el seu servei. Era la primera vegada que un resident d'una especialitat quirúrgica realitzava aquesta sol·licitud. Van ser dos mesos intensos que em van permetre entendre la importància de l'estudi histopatològic, en una època en què la biologia molecular encara no s'havia implementat. Des de llavors, he valorat profundament el paper fonamental dels patòlegs i vaig establir una gran amistat — que ha perdurat amb els anys— amb Josep Antoni Bombí, Antonio Palacín, Elías Campo, Pedro Luís Fernández i Teresa Ribalta.

Després d'aquest període, el professor Cardesa va compartir amb mi els seus estudis de carcinogènesi experimental esofàgica i pancreàtica que havia realitzat durant les estades a Hannover (Alemanya) i a Nebraska (EUA). L'administració de nitrosamines —un agent carcinogen—, per via oral o subcutània, induïa el desenvolupament de carcinomes escamosos a l'esòfag de rosegadors. En aquells anys, la malaltia per reflux gastroesofàgic i l'esòfag de Barrett —entès com una transformació metaplàsica en què l'epiteli escamós normal de l'esòfag és substituït per un epiteli columnar com a conseqüència d'un reflux gastroesofàgic crònic— van captar, especialment, la meua atenció. Durant la dècada dels vuitanta, es va començar a constatar que l'esòfag de Barrett constituïa una lesió precursora de l'adenocarcinoma d'esòfag, un subtipus de càncer esofàgic, la incidència del qual augmentava de manera significativa al món occidental.

Vaig suggerir al professor Cardesa de dissenyar un model experimental de reflux gastroesofàgic en la rata al qual li afegiríem o no l'administració de nitrosamines. Vaig tenir la sort de dur a terme aquest projecte en el Departament de Patologia Experimental de la Universitat d'Hannover amb el professor Ulrich Möhr, mentor del professor Cardesa. Després de completar tota la part inicial del projecte a Alemanya, es van enviar les mostres a Barcelona. Sempre recordaré aquella tarda en què el professor Josep Antoni Bombí, una vegada iniciada l'avaluació histològica dels esòfags, em va cridar sorprès perquè havia observat focus de metaplàsia columnar i adenocarcinomes en l'esòfag de rates amb reflux i administració

concomitant del carcinogen. Havíem desenvolupat el primer model animal que induïa adenocarcinomes i que podria ajudar a conèixer els mecanismes involucrats en el seu desenvolupament. Posteriorment, grups americans i japonesos van utilitzar, de manera freqüent, aquest model per aprofundir en la patogènia de l'esòfag de Barrett i de l'adenocarcinoma d'esòfag. Durant aquells mesos al costat del professor Cardesa, vaig aprendre moltíssim mentre preparàvem l'article científic basat en aquells resultats tan sorprenents que, més endavant, formarien part de la meua tesi doctoral. Sempre li estaré profundament agraït pel temps que em va dedicar, així com per l'exigència i el rigor que em va demanar en tots dos projectes.

Després de completar la formació de resident i defensar la tesi, vaig tenir l'oportunitat de començar a treballar com a adjunt de cirurgia en el servei de Cirurgia que dirigia el professor Laureano Fernández-Cruz. El meu interès, ja en aquells anys, per la cirurgia esofagogastrica, —en aquella època, una àrea no gaire desenvolupada en el nostre servei— va propiciar que el professor Fernández-Cruz m'aconsellés de fer una estada a la Clínica Mayo, institució on, amb poc temps, per la seva enorme casuística, podria observar una àmplia varietat de patologies i podria adquirir una gran experiència en aquesta cirurgia tan complexa. Així, el 1989, gràcies a una ajuda del FIS i del programa de l'Hospital Clínic per a estades a l'estranger, vaig fer una estada de quatre mesos com a *observer*. Vaig tenir la fortuna que, molt poques setmanes després d'arribar a la Clínica Mayo, la meua tesi de doctorat es va publicar en la prestigiosa revista *Cancer Research*. Vaig ser invitat a presentar els resultats en una de les sessions de la Divisió de Cirurgia Toràcica i, minuts després d'acabar l'exposició, tenia una proposta de la Clínica Mayo per tornar-hi com a *fellow* de recerca l'any següent. Aquest període inicial i l'any posterior amb l'ajuda d'una beca de la Fundación Ramón Areces, varen ser determinants per a la meua trajectòria posterior com a cirurgià esofagogastric. Vaig tenir el privilegi de conèixer autèntics gegants de la cirurgia com els professors Spencer Payne, Peter Pairolero i Victor Trastek. També vaig tenir l'oportunitat de col·laborar amb el gastroenteròleg anglès

Alan Cameron, un expert, reconegut internacionalment, en esòfag de Barrett, especialment per les seves contribucions significatives a l'epidemiologia d'aquesta condició. Els diversos projectes, que vam abordar conjuntament durant aquells mesos de treball intens, van donar com a resultat estudis rellevants, que encara avui dia continuen essent àmpliament citats. Al llarg dels anys, he mantingut una relació d'amistat estreta amb Alan Cameron, a qui considero també un dels meus mentors.

Un cop finalitzada l'estada a la Clínica Mayo i de retorn a l'Hospital Clínic, vaig començar a centrar-me en la cirurgia esofagogàstrica i a treballar conjuntament amb endoscopistes com Josep Maria Bordas, gastroenteròlegs com Antoni Castells i oncòlegs com Joan Maurel. Durant aquells anys vaig coordinar la Unitat Multidisciplinària de Càncer Esofagogàstric i vaig començar a recollir informació sistematitzada de tots els casos operats. Haig d'agrair l'ajuda i el recolzament rebuts de Josep Fuster, Lluís Grande i Josep Belda en la implantació de la cirurgia del càncer esofagogàstric.

Amb el desig de completar la formació en la cirurgia de la patologia benigna esofàgica, el 1994 vaig realitzar una estada de quasi un any, com a *fellow* clínic i de recerca, a la Divisió de Cirurgia Toràcica de l'Hôtel-Dieu de la Universitat de Montreal, a Canadà, al costat del professor André Duranceau, cirurgià amb una vasta experiència en el diagnòstic i tractament quirúrgic dels trastorns motors de l'esòfag. D'ell vaig aprendre rigor en el seguiment de tots els seus pacients, una pràctica que he mantingut al llarg dels anys en la meua activitat clínica i que considero que és l'única manera efectiva d'auditar els resultats de les cirurgies que duem a terme.

Tota l'experiència clínica i de recerca acumulada durant les meves estades a la Clínica Mayo i a la Universitat de Montreal em van permetre establir col·laboracions amb diversos grups europeus de cirurgia esofagogàstrica, que han estat molt productives al llarg del temps. Aquest és, sense cap mena de dubte, un dels privilegis de la cirurgia acadèmica, a més de ser en molts casos origen de grans amistats. Avui vull mencionar, perquè són en aquest

amfiteatre, el professor Jan van Lanschot de Rotterdam i el professor Giovanni Zaninotto de Padova, reconeguts experts de la cirurgia esofagogastrica.

Després de 22 anys a l'Hospital Clínic, les circumstàncies al servei de Cirurgia van canviar. Una barreja de personalismes i la manca d'un projecte comú i integrador van crear un ambient en el qual no vaig entreveure la possibilitat de progressar tal com ho havia imaginat. El professor Lluís Grande ja portava dos anys com a cap de servei a l'Hospital del Mar, i coneixedor de la meva situació, em va oferir d'unir-me al seu projecte. No me'n penedeixo, d'aquella decisió. Lluís Grande, amb una capacitat enorme de lideratge, entusiasme i generositat, va engegar un projecte amb objectius clars on cada membre del servei tenia un paper definit. Al llarg de 20 anys, el servei de Cirurgia de l'Hospital del Mar, en un ambient tranquil i segur, malgrat les dificultats, ha aconseguit l'excel·lència clínica i el desenvolupament d'una activitat de recerca de qualitat contrastada i de projecció internacional. La tasca de Lluís Grande, a qui considero el meu mentor i amic, ha estat assegurada després de la seva jubilació, primer amb Miguel Pera fins que va marxar a l'Hospital Clínic i, actualment, amb Fernando Burdio. Vull agrair el suport constant a tots els membres del servei de Cirurgia de l'Hospital del Mar, amb una menció especial al Dr. José Manuel Ramón, amb qui vaig compartir l'activitat a la Unitat de Cirurgia Gastrointestinal, a la Dra. Marta Pascual de la secció de Cirurgia Colorectal i als Dr. Joan Sancho i José Antonio Pereira de la secció de Cirurgia General. Així mateix vull expressar tot el meu reconeixement a la tasca eficient de les nostres secretàries Yolanda Olivet i Maite Candel.

La meva activitat investigadora durant aquests 20 anys ha estat associada a l'Institut d'Investigacions Mèdiques Hospital del Mar. Durant aquests anys, he coordinat el grup de recerca en Carcinogènesi Gastroesofàgica i he tingut el privilegi de compartir projectes amb els investigadors Carme de Bolós i Gabriel Gil. Disposar d'aquest centre de recerca annexat a l'hospital ha estat un gran privilegi.

En paral·lel a l'activitat clínica i investigadora, durant aquests anys, també he dedicat una part de la meva activitat a la docència, primer com a catedràtic en el grau compartit de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona-Universitat Pompeu Fabra i, actualment, com a catedràtic en comissió de serveis en el grau únic de Medicina de la Universitat Pompeu Fabra. Sempre m'ha agradat la docència, però especialment la impartida en l'ambient de l'hospital, que és on els alumnes aprenen a establir una relació adequada amb els pacients al mateix temps que aprofundeixen en els aspectes científics i tècnics de la medicina.

Al final d'aquesta primera part del discurs, voldria esmentar tres projectes desenvolupats aquests darrers anys, dos de docents i el tercer de qualitat assistencial, dels quals estic molt orgullós d'haver participat en la seva gestació de manera activa. En l'àmbit docent, fa 14 anys, vaig fundar, amb un grup d'alumnes de la nostra facultat de Medicina, l'Associació Quirúrgica Gimbernat, una associació que pretén promoure l'interès per la cirurgia i els valors humanístics. Hi ha exemples similars en altres països, especialment al Regne Unit. A més, de tallers d'habilitats tècniques que es realitzen anualment, també s'organitzen conferències sobre el seu futur professional, sobre anatomia quirúrgica o a l'entorn de les humanitats mèdiques. Per exemple, sempre quedarà en el record la magnífica conferència que va pronunciar el filòsof Emilio Lledó, en una aula atapeïda, amb el títol "Una filosofía del cuerpo". En el marc d'aquesta associació, també he impulsat un programa d'estades a centres estrangers, que ha permès, a més de 50 alumnes, gaudir d'experiències inoblidables i enriquidores en centres com el Trinity College de Dublí, l'Imperial College de Londres, el Karolinska d'Estocolm o la Universitat d'Edimburg. Per a mi, és un gran satisfacció veure que un gran nombre d'aquests alumnes ara exerceixen com a cirurgians i que reconeixen la petjada que els va deixar aquelles estades.

D'altra banda, fa tres anys vaig iniciar, amb els professors Joaquim Gea —antic degà de la facultat de Medicina de la UPF— i Jonathan McFarland —humanista—, l'assignatura Humanisme en Medicina, una optativa per a alumnes de segon any de Medicina, que,

segons el meu parer, és una experiència innovadora, única a Espanya. El focus d'aquesta assignatura se centra en la relació metge-pacient i permet als alumnes explorar la humanitat d'aquesta trobada des de perspectives que no se solen incloure en el currículum tradicional de les facultats de medicina, com ara la filosofia, la literatura, l'art, les tècniques narratives o el llenguatge. L'acceptació dels alumnes ha estat excel·lent.

El tercer projecte s'ha centrat en l'avaluació de la qualitat assistencial en la cirurgia del càncer esofagogàstric. A Catalunya, fa 10 anys, vam començar una proposta del projecte europeu EURECCA, un registre prospectiu i poblacional de la cirurgia del càncer esofagogàstric. Amb el recolzament d'un grup de cirurgians i cirurgianes —entre els quals vull destacar a Joaquín Rodríguez-Santiago, Sandra Castro, Javier Osorio, Mónica Miró, i la tasca fonamental de la *data manager* Marta Gimeno— vam expandir el projecte a altres comunitats autònomes. En l'actualitat, tots els hospitals públics d'onze comunitats autònomes formen part del registre i ja s'hi ha inclòs més de 7.700 pacients. L'auditoria periòdica dels resultats té com a objectiu millorar l'activitat clínica en els hospitals. Així mateix, aquest registre ha estat una font per a múltiples projectes de recerca. Els assoliments aconseguits durant aquests anys han permès obtenir un reconeixement internacional i aproximar-nos a les experiències úniques dels registres poblacionals dels Països Baixos i de Suècia. Gràcies a tots els investigadors per la contribució tan gran que fan, dia a dia, a aquest projecte.

Els fets que acabo de presentar-los en aquesta primera part del discurs han estat el resultat dels meus esforços, però també de la generositat d'un gran nombre de persones que m'han acompanyat durant aquests anys en el camí traçat per fer-se realitat el meu propòsit d'arribar a ser un cirurgià universitari amb el nivell d'exigència més elevat. És a dir, aconseguir aquelles esperances, que en el diàleg platònic *Fileb*, Sòcrates qualifica com a discursos que tots duem dins.

En el tram final d'aquesta primera part del discurs, voldria evocar el record de la meva mare i el seu amor incondicional, pedra fundacional de la nostra família, i també el reconeixement als meus germans i germanes: Mercedes, Cristóbal, Patricia, Natalia, Miguel i Pablo.

Finalment, no tinc prou paraules per agrair a la meva estimadíssima esposa, Amparo Morales, el seu recolzament constant i la il·lusió compartida pels meus projectes al llarg de tots aquests anys. Amparo ha estat plenament conscient del sacrifici enorme que, en moltes ocasions, ha suposat la meva dedicació als pacients i a la meva activitat acadèmica.

És tradició que l'acadèmic electe recordi en el seu discurs d'ingrés la figura de l'acadèmic que substitueix, en el meu cas el professor Lluís Morales i Fochs (Barcelona, 1942), la qual cosa és un honor afegit per nombroses raons.

Vaig conèixer al professor Morales fa més de 40 anys, quan era estudiant de Medicina a l'Hospital Clínic, i sempre recordaré amb admiració la seva destresa tècnica i els seus amplis coneixements que van deixar empremta en els inicis del meu interès per la cirurgia. El Professor Lluís Morales pertany a una saga de cirurgians prestigiosos, com van ser el Dr. Antonio Morales Pérez (1883) i el Dr. Antonio Morales Llorens (1930). Aquest últim va ser professor encarregat de la càtedra de Patologia Quirúrgica de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona que anys més tard el meu pare, el professor Cristóbal Pera Blanco-Morales, obtindria per oposició.

El Dr. Lluís Morales es va especialitzar en Pediatria i en Cirurgia General en els anys 1968 i 1974, respectivament, donada l'absència en aquella època d'una especialitat de Cirurgia Pediàtrica. Posteriorment, va obtenir l'especialitat de Cirurgia Pediàtrica en 1979. Es va formar i va ser deixeble del Dr. Isidre Claret i Coromines, pioner de la cirurgia pediàtrica a Catalunya i a Espanya. Va realitzar la seva labor a l'Hospital Clínic, on va assumir la direcció del servei de Cirurgia Pediàtrica durant el període 1979-1992. Posteriorment, va assumir la direcció de la Unitat Integrada de Cirurgia Pediàtrica

de l'Hospital Clínic–Sant Joan de Déu fins a l'any 2007. Cal destacar que el Dr. Morales va ser el primer cirurgià pediàtric a aconseguir una càtedra de Pediatria a Espanya.

Permeti'm que ara passi pròpiament a llegir la segona part del meu discurs d'ingrés.

Now the patient is the central character

John Berger. A Fortunate man

*One of the qualities essential of the clinician
is interest in humanity, for the secret of the care
of the patient is in caring for the patient*

Francis W. Peabody. The Care of the Patient

En aquest discurs d'ingrés he considerat no tractar un tema d'interès científic en cirurgia, sinó exposar-los, amb el títol “La mirada humana en la relació metge i pacient: Anatomia d’una trobada”, algunes reflexions sobre la importància de la *dimensió humana* d’aquest encontre, que pot arribar a ser màgic, entre dos humans: el pacient que cerca ajuda i el metge disposat a oferir-la.

L’acte de la mirada, tal com explica Jean Starobinski en *El Ojo Vivo* —en un llibre preciós—, no s’esgota en el moment, sinó que comporta un impuls perseverant, una represa obstinada, com si estigués animat per l’esperança d’incrementar el seu descobriment o de reconquerir el que se li està escapant (1). La mirada humana, que he inclòs en el títol del meu discurs, ha d’anar més enllà de la malaltia i ha de veure la persona en la seva totalitat, la seva família i el seu món.

En la primera de les *Meditacions en temps de crisi*, el poeta anglès John Donne ens diu: “¡Variable i, per tant, miserable condició¹ la de l’home! En aquest instant estic bé i malament en aquest altre. La nostra salut és un treball llarg i constant, però en un minut una canonada ho fa saltar tot pels aires, ho ensorra tot” (2).

Quan una malaltia irromp en la vida d’una persona, llavors aflora la sensació, en paraules del sociòleg canadenc Arthur Frank, que s’ha perdut el “destí i el mapa” que ha guiat prèviament la vida. La malaltia interromp una vida i, en molts casos, significa viure en interrupció perpètua (3).

Els pacients van a la consulta amb les seves experiències úniques, amb por, angoixa i autocompassió; i moltes vegades aquests sentiments s’incrementen quan estan sols en el quiròfan o en la seva habitació de la sala d’hospitalització, sense la seva vestimenta i només amb una bata fràgil i lleugera que cobreix parcialment l’esquena. El metge té sempre la responsabilitat de calmar les pors i donar esperança quan, en paraules de Virginia Woolf, “els llums de la salut s’apaguen” (4).

Un bon metge és aquell que, a més dels coneixements científics actualitzats i de les seves destreses tècniques adequades, proporciona un tracte humà, empàtic i compassiu als pacients, en el marc d’un ritual, que en anglès es denomina *Bedside manner* i que està associat a la figura de William Osler, que preserva els atributs humans com són la identitat i la humanitat (5). Quan hi ha un ambient d’harmonia i el temps és adequat, es propicia un procés en el qual la trobada inicial es pot transformar en un vincle metge-pacient sòlid: “el començament d’una associació terapèutica i el procés de curació” (6).

Tanmateix, avui dia, existeix una preocupació creixent pel fet que els components essencials de les habilitats relacionades amb el tractament amb el pacient estan desapareixent de la pràctica de la

1. L’ús del masculí com a genèric per referir-se al masculí i al femení no respon a cap voluntat de discriminació sexista, sinó a un ús eficient i concís propi de la llengua catalana i la majoria de llengües romàniques.

medicina i de la cirurgia, centrades, fonamentalment, en la ciència i en la tecnologia; i la paraula i el llenguatge, que són components principals d'aquesta relació humana, s'estan perdent. Estem entrant a uns límits sense llenguatge.

L'experiència postmoderna de la malaltia comença quan els pacients reconeixen que en les seves experiències hi ha molt més que el que la història clínica —en molts casos reduïda a una cronologia— pot recollir. La pèrdua del mapa i del destí d'una vida —el qual feia referència abans— no són símptomes mèdics (3). Tots els pacients tenen una història i l'essència de la medicina és aquesta història: trobar la història correcta, interpretar i comprendre la història vertadera, no estar satisfet amb una història que no té sentit. Davant d'una medicina amb ànima, el sistema sanitari, en molts casos, desmunta la història del pacient en milers de fragments petits; pàgines de caselles i marques de verificació de les quals ningú se'n fa responsable (7).

Deshumanització en la medicina contemporània

Per qualificar aquesta desavinença entre els protagonistes —metge i pacient— el terme més usat actualment és *deshumanització*, perquè es priva el pacient dels seus atributs humans i, principalment, de la seva dignitat humana, mèrit intrínsec que condiciona, en paraules de Hannah Arendt, la progressió de la “simple naturalesa humana” a la “condició humana” (8). Si, pel contrari, l'accent està posat en la consideració com a simple objecte desproveït de la seva identitat de persona, en la seva individualitat, el desencontre entre ambdós —metge i pacient— es qualifica de *despersonalització*. Un menyspreu evident pel pacient que se sent tractat d'aquesta manera perquè la relació metge-pacient és una tasca humana, amb dos cossos implicats, ambdós amb la seva condició humana.

Com hem arribat en aquesta situació?

La deshumanització de la relació metge-pacient s'ha vist afavorida, en gran mesura, per l'aplicació sistemàtica del model biomèdic, positivista i reduccionista, que, malgrat ser molt eficaç des de la perspectiva científica, concentra exclusivament la mirada i l'activitat curativa/pal·liativa en el cos considerat com una màquina. El metge perd de vista el pacient en la seva totalitat, la persona humana, perquè la seva preocupació se centra, de manera abusiva, en la malaltia (9). A més, la sobrecàrrega dels sistemes públics de salut contribueix a minimitzar el paper crucial de la conversa amb el pacient, mentre la mirada mèdica integradora ha estat substituïda per la comunicació freda a través de dades tecnològiques i imatges.

Els grans assoliments científics i tecnològics de la medicina moderna i la mercantilització dels serveis de salut, amb límits molt difusos entre el que és públic i el que és privat, sobrecarreguen les agendes dels metges que treballen en els dos sistemes. Fins al punt que ja no parlen amb els seus pacients i, quan es veuen obligats a respondre els seus dubtes i temors, ho fan de manera freda i impacient perquè estan sempre en un estat de pressa contínua. Aquesta situació s'ha agreujat per l'augment del *burnout* entre els professionals de la salut, de causa multifactorial, i que, per exemple, a Estats Units arriba, en l'actualitat, al 50% dels professionals (10). En aquestes condicions és difícil que la relació entre metge i pacient pugui desenvolupar-se com una *activitat moral* basada en un pacte de confiança (8).

Com una proposta correctora de les insuficiències del model biomèdic, George Engel va dissenyar, en la dècada dels seixanta, el model biopsicosocial, centrat en el pacient. En aquest model es contempla la persona malalta en la seva totalitat psicoorgànica, en el marc del seu context familiar i social, envaïda per l'angoixa que la presumpta malaltia li provoca (11,12). Per millorar la relació metge-pacient, avui dia, sembla raonable suposar que una actitud adequada seria la integració equilibrada dels dos models en la pràctica clínica.

L'empatia i la compassió, tan evocades pel model biopsicosocial, serien, però, indispensables en aquest nou model integrador.

Durant molts anys, en l'educació i la formació dels metges, s'ha considerat que la *ciència de la medicina* i l'*art de la medicina* són importants, però diferents, fins i tot mútuament excloents. La ciència de la medicina és com tractar els pacients; l'art de la medicina, en canvi, és com cuidar-los. La ciència de la medicina recull els fets que conformaran el coneixement que pot conduir al diagnòstic i plantejar el tractament. Però l'art de la medicina és diferent. L'art de la medicina es refereix a crear una relació i un vincle emocional amb els pacients; el que se sol denominar *Bedside manner*. És, doncs, inqüestionable que la compassió cap als pacients és un component integral de l'art de la medicina; compassió entesa com a la resposta al dolor o al patiment de l'altre, que implica un desig autèntic d'ajudar i, en definitiva, acció.

En un llibre recent, *Compassionomics*, Stephen Trzeciak i Anthony Mazzarelli suggereixen que hi ha un solapament entre la ciència i l'art de la medicina, i que, per tant, hi ha ciència en l'art de la medicina. De fet, els autors demostren, després d'una revisió sistemàtica i rigorosa, que una medicina compassiva és més eficient que una assistència sanitària sense compassió, atès que la connexió humana confereix beneficis distints i mesurables (13).

Bedside manner i com retornar l'ànima a la pràctica clínica

És una condició *sine qua non* que la mirada tècnica del metge passi pel filtre de la mirada humana i que el metge sigui conscient que el pacient es posa a les seves mans. Aquesta transició entre ambdues mirades ha de realitzar-se amb l'aplicació fidel de cada un dels components del *Bedside Manner*, que a continuació analitzarem.

Què ha de buscar el metge? Com ha de considerar la seva trobada amb el pacient? En primer lloc, la seva mirada i, en segon lloc, l'expressió corporal espontània i el comportament inicial. El metge,

historiador i filòsof espanyol Laín Entralgo ho expressa molt bé quan descriu l'instant en què un metge i un pacient es troben i es miren: “Por un momento, sus ojos se convierten en los centros vectoriales de su comunicación recíproca. Más tarde, tal vez después de una brevísima fracción de segundo, la expresión oral —la palabra— asumirá esta función central y organizadora de la comunicación interpersonal; pero, aunque en segundo plano, los ojos no dejarán de participar en ella” (14). La mirada del metge —l'expressió del metge a través del centre vectorial de la seva mirada— ha de proporcionar, sobretot, un lloc de refugi per l'existència necessitada i de patiment de la persona que sol·licita ajuda tècnica (14). Si el metge mira amb atenció, començarà a percebre la història d'una vida (15).

Després de la primera trobada visual, ve el moment de la paraula i de la narració bidireccional (conversa) entre el pacient, que narra la seva experiència personal, i el metge o el cirurgià, amb la interpretació de la història del pacient vehiculada a la història clínica (16, 17). La paraula, en aquesta primera trobada, crida i anomena el pacient. I, simplement en l'acte de ser cridat pel seu nom, el pacient se sent extret de la massa, personalitzat (16). Qualsevol pacient, en paraules de Hans-Georg Gadamer, és una persona que s'ha de tractar cautelosament, que és vulnerable i que està extremadament indefensa (18). Davant d'aquesta distància evident, el metge ha de buscar un terreny comú en el qual es puguin entendre; i aquest terreny comú el constitueix la conversa: únic mitjà capaç de suprimir aquesta situació de distanciament.

La conversa i el diàleg, a diferència de la simple elaboració de la història clínica, és un procés deliberat de construcció que depèn tant de donar com de rebre (19). És el cor de la pràctica clínica i crea comunitat entre el pacient i el metge. Requereix una escolta atenta i una atenció generosa del que el pacient diu o no diu, i sempre amb la contenció de no interrompre abans d'hora el discurs del pacient (20).

La paraula interroga, indaga sobre les seves dolències: és una paraula inquisitiva. Però també és una paraula conductora en la mesura en què dirigeix i modula les paraules del pacient: les

estimula en els seus silencis significatius, les tranquil·litza en les seves fases excessives i prolixes (16). La paraula del metge o del cirurgià, finalment, suggereix o afirma el diagnòstic, tranquil·litza el pacient en relació amb el seu pronòstic i proposa el tractament (16). Gadamer ens introdueix el concepte de la *raó pràctica*, entitat que els grecs definien mitjançant la paraula *phronesis*, un estat d'alerta davant d'una situació en la qual s'integren el diagnòstic, el tractament, el diàleg i la "col·laboració" del pacient (18). És la capacitat de captar bé la situació de l'instant, d'entendre la persona que té al davant en aquell moment i de respondre'l com li correspon. A partir d'aquestes afirmacions és possible comprendre què és una "conversa curativa". És molt important en aquesta relació metge-pacient deixar a un costat els prejudicis i estigmes, perquè poden afectar el transcurs d'aquesta relació i el curs terapèutic (21).

El llenguatge que utilitza el cirurgià al parlar amb el pacient és molt diferent del que utilitza quan parla amb un altre especialista mèdic como ara un internista. El motiu és que el lèxic quirúrgic, *per se*, es construeix predominantment a l'entorn de paraules quirúrgiques essencials com ara *camp operatori*, *escissió*, *resecció*, *ablació*, *radicalitat*, *reconstrucció*, *hemorràgia* (22). Aquestes paraules són, per naturalesa, agressives, ja que l'acte quirúrgic també ho és.

La metàfora bèl·lica de la cirurgia s'evidencia en la descripció de la intervenció quirúrgica que es desenvolupa en un camp operatori, mitjançant una estratègia dissenyada prèviament (aquesta és l'opció tècnica escollida *a priori* pel cirurgià) i amb les variacions tàctiques que les troballes operatòries i el desenvolupament de l'operació/ combat aconsellin (22). En la relació cirurgia/ pacient, l'agressivitat del lèxic quirúrgic ha de ser temperada per un cirurgià cultivat, sincer, compassiu, obert i tranquil·litzador. El cirurgià ha d'usar un llenguatge impregnat d'emoció que permeti que la conversa entre els dos protagonistes acabi amb un pacte de confiança i, al fer-lo de manera adequada, el pacient invita el cirurgià a accedir a l'interior del seu espai corporal en lloc que el cirurgià envaeixi o penetri aquest espai.

Així mateix, al costat de la paraula, la mà i el seu tacte, encara avui dia, juguen un paper indispensable en la relació del metge amb el pacient (16). Si bé el paper de la mà en el diagnòstic (tacte *gnòstic*) ha anat canviant amb la incorporació de les noves tecnologies de la imatge, la seva rellevància en la cura del pacient és més important que mai (20). En contraposició el tacte *pàtic*, segons la descripció de Max van Manen, proporciona una comunicació bidireccional que transmet cura, prudència, preocupació, confiança i tranquil·litat (23). En paraules de Roger Kneebone (24), aquest és el llenguatge no verbal de l'afecte i del sentiment, una comunicació condensada i breu. El frec més lleu ho diu tot.

En un editorial titulat "The Power of Hope", Catherine DeAngelis i James C. Harris reflexionen sobre el poder de l'esperança del pacient en la primera trobada amb el seu metge, esperança que aquest pot fer alguna cosa beneficiosa per curar la seva malaltia, o almenys per alleugerir-li el patiment (25). Al final d'aquest editorial tan estimulant, els autors aconsellen als metges que, després de la seva primera trobada amb el pacient, han de procurar que el pacient s'acomiadi amb una capacitat emocional major per enfrontar-se amb la malaltia. El pacte de confiança entre metge i pacient juga un paper fonamental en el possible compliment de l'esperança encoratjada pel pacient.

No és sorprenent que el que més esperen els pacients dels seus metges i cirurgians sigui la seva presència. Els pacients desitgen que el seu metge demostrï el seu compromís en la seva cura: estant present, atent i receptiu a les incomoditats i el temor que acompanya la malaltia. La presència del metge brinda tranquil·litat i recolzament. La presència és tant una virtut com un deure, i es pot ensenyar (26).

Tanmateix, aquesta presència pot està en risc pel distanciament emocional que sovint estableix el mateix metge amb el pacient. Mantenir la connexió humana i gestionar els límits professionals en la relació entre el metge i el pacient poden semblar responsabilitats contradictòries, però aquest és el treball de ser professional. Un bon límit és diferent de la desafecció emocional, amb la fredor, el

distanciament, la desconexió i la indiferència que li són inherents. Un límit, que en paraules de David Kopacz, hauria de ser com una membrana cel·lular. És un procés actiu que requereix energia per decidir què s'ha de deixar entrar i què s'ha de deixar sortir (27). La desafecció suposa una ruptura de les relacions humanes i aïlla la identitat del metge del pacient. Tot i que és cert que un metge, a vegades, necessita certa distància en la seva relació amb el pacient per poder prendre decisions clíniques importants, no és menys cert que el metge té la responsabilitat de ser una persona atenta i compassiva, emocionalment disponible per al pacient.

Com rehumanitzar la medicina

En l'àmbit dels estudis de Medicina

Per posar remei a la desafecció creixent entre metge i pacient, amb la consegüent pèrdua de confiança, la incorporació de les Humanitats Mèdiques en els estudis de Medicina, podrien ser part de la resposta (28). Però unes Humanitats Mèdiques autènticament pensades des del cos i, que tinguin en compte tot el que engloba la condició humana del pacient: paraules, pensaments, sentiments, emocions i consciència, que broten del seu cos (28).

Les Humanitats Mèdiques ofereixen una visió més àmplia del que implica la relació metge-pacient que permet considerar aquesta trobada des de perspectives que no estan disponibles en la majoria dels currículums de les facultats de Medicina, majoritàriament orientats cap a les ciències biomèdiques. Aquestes noves perspectives són proporcionades per múltiples fonts: la bioètica, la història de la medicina i la biologia, la filosofia, l'antropologia cultural, el llenguatge i la comunicació, la tècnica narrativa, la literatura i la medicina, l'art i la medicina, la medicina i el dret, la sociologia mèdica i l'economia de la salut. Des d'aquesta visió multidisciplinària, el metge en formació pot ampliar el context de la relació metge-pacient i pot desenvolupar, al mateix temps, un pensament crític a partir d'aquests camps interrelacionats del coneixement, que estan

preocupats i giren a l'entorn de la condició humana del pacient (“Humanisme en Medicina”).

L'ensenyança de les Humanitats Mèdiques en la formació universitària se justifica perquè la finalitat és garantir que la visió mèdica abstracta no sigui només científica i tècnica, sinó també humana i compassiva, que accepti i respecti la dignitat personal del pacient, ja sigui diagnòstica, curativa o pal·liativa. La formació en humanitats mèdiques és beneficiosa no només per al pacient, sinó també per a l'estudiant de Medicina, futur professional mèdic, ja que reforça el sentit de propòsit i la resiliència necessaris per progressar i prosperar en la Medicina.

Molts alumnes inicien els seus estudis de Medicina amb un desig fort de ser útils a altres persones. No obstant això, estudis recents confirmen que l'empatia dels estudiants de Medicina declina al llarg dels seus estudis, probablement per la pressió desbordant d'un currículum orientat cap a la ciència i la tecnologia (29). D'altra banda, l'anomenat currículum *ocult o informal* —que inclou els comportaments que els estudiants de Medicina aprenen dels metges residents i adjunts durant totes les hores que passen junts en les rotacions clíniques dels hospitals universitaris i que no forma part del currículum estàndard— pot tenir, en ocasions, una influència negativa. Es tracta d'aprendre amb el bon exemple, però el problema és que si els mentors mostren una falta de compassió en el treball diari amb els pacients, els futurs metges aprendran a fer el mateix i aquest aprenentatge tindrà una influència negativa en la seva formació.

La incorporació de programes d'Humanitats Mèdiques en els primers tres anys dels estudis de Medicina està mostrant que és una mesura útil per reduir, o almenys per preservar, l'empatia i els comportaments compassius (30,31). En el nostre context, la nova optativa Humanisme en Medicina que s'imparteix des de fa tres anys en el grau de Medicina de la Universitat Pompeu Fabra ha atret l'interès de la majoria dels estudiants de segon any i està estimulando una reflexió profunda sobre l'element humà inherent en la relació metge-pacient. Hem de preservar aquest projecte educatiu que pot

ensenyar a l'alumnat a transitar per la vida com a metges altament dotats de qualitat humana.

En l'àmbit de les institucions sanitàries: institucions compassives

Les institucions sanitàries tenen una responsabilitat enorme a l'hora de crear un ambient i una cultura en els hospitals i en els centres d'atenció primària que afavoreixin una interacció atenta i compassiva de tots els professionals de la salut cap als pacients. Curiosament, existeixen grans dificultats per proporcionar una atenció humana als pacients en la medicina contemporània. Atendre més pacients, ser més productius, ser més eficients, aferrar-se estrictament als protocols i, l'ordinador com impediment, en moltes ocasions, per establir una conversa amb el pacient. Tot això predisposa al fet que no es tingui suficient temps per tenir cura dels pacients (32). Pensem que cuidem pacients quan en realitat no és així: donem assistència sanitària. Per això, necessitem que les institucions sanitàries despleguin un lideratge compassiu i s'ocupin i cuidin els seus professionals de la salut perquè aquests, a la vegada, ho facin amb els pacients. (33). L'augment del *burnout* actual entre els professionals de la salut no se soluciona amb mesures individuals, sinó amb una acció global, que promogui la recuperació del significat i el propòsit en la tasca diària de tot el personal sanitari. Tal como afirma Lester Liao: "Tractar el metge com a persona facilita el tractament del pacient com a persona. Reconèixer la humanitat en tots nosaltres és la base d'aquest marc de funcionament" (34). El pacient ha de ser la nostra prioritat, i hem de proporcionar, més enllà d'una medicina centrada en el pacient, una medicina centrada en la relació amb el pacient en què es preservi la continuïtat assistencial que tants beneficis ha demostrat que té quant a l'adherència als tractaments i l'obtenció de resultats millors.

En els últims anys, institucions de prestigi com la Clínica Mayo, Johns Hopkins o en els nostre context, l'Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, han iniciat projectes d'humanització i d'afiorament humà que tenen com a missió transformar l'atenció

mèdica amb la finalitat que cada pacient sigui tractat com a persona, amb un enfocament centrat en el respecte, la confiança i la compassió.

Malgrat les dificultats a les quals en enfrontem en la medicina contemporània, hem de tenir esperança que, a poc a poc, la ciència de la Medicina entrellaçada fortament amb l'art de la Medicina, conformin aquesta Medicina amb ànima, arrelada a les experiències més profundament humanes, que tots els pacients han de rebre (35).

Però l'esperança a la qual em refereixo és com la que descriu l'escriptor i polític txec Vaclav Havel:

“L'esperança, en sentit profund i poderós, no és el mateix que l'alegria que les coses vagin bé, o la voluntat d'invertir en projectes que òbviament estan encaminats cap a l'èxit primerenc, sinó més aviat, la capacitat de treballar per alguna cosa bona, no només perquè tingui l'oportunitat de tenir èxit” (36).

Moltes gràcies de nou als membres de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya (RAMC) per la confiança demostrada en donar suport a la meva candidatura per formar part d'aquesta il·lustre institució, i moltes gràcies a la meva família i amics i a tots vostès, que han tingut l'amabilitat d'escoltar aquest discurs.

He dit.

Bibliografia

1. Starobinski J. El Ojo Vivo. cuatro.ediciones, 2002.
2. Donne J. Meditaciones en tiempos de crisis. Editorial Ariel, 2012.
3. Frank AW. Body, Illness and Ethics. Second Edition. The University of Chicago Press, Chicago and London, 2012.
4. Woolf V. On being ill. Paris Press. Ashfield, Massachusetts, 2012.
5. Silverman BD. Physician behavior and bedside manners: the influence of William Osler and the Johns Hopkins School of Medicine. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2012; 25: 58-61.
6. Verghese A, Brady E, Costanzo C, Horwitz R. The bedside evaluation: Ritual and reason. *Ann Intern Med* 2011; 155: 550-553.
7. Sweet V. Slow Medicine. The way of healing. New York: Riverhead Books, 2017.
8. Arendt H. The Human Condition. 2nd revised edition. Chicago: University of Chicago Press, 1998.
9. Pera C. El humanismo en la relación Médico-Paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina. Fundación Salud, Innovación, Sociedad, 2001.
10. Berg S. Physician burnout rate drops below 50% for the first time in 4 year. <https://www.ama-assn.org/practice-management/physician-health/physician-burnout-rate-drops-below-50-first-time-4-years>. 2 de juliol, 2024.
11. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
12. Borrel-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med* 2004; 2: 576-582.

13. Trzeciak S and Mazzealli AJ. Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring makes a difference. Huron Consulting Services LLC, Chicago, 2019.
14. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Revista de Occidente, Madrid, 1964.
15. Heath I. John Berger: Ways of learning. Oxford University Press 2024.
16. Pera C. La mano y la palabra. Archivos Españoles de Medicina Interna, març-abril 1968.
17. Kleinman A. The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human condition. Basic Books, New York, 2020.
18. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Editorial Gedisa, Barcelona, 2017.
19. Kneebone R. The art of conversation. *Lancet* 2018; 391: 731.
20. Ofri D. What Patients Say, What Doctors Hear. Beacon Press, Boston, 2017.
21. Epstein R. Attending: Medicine, Mindfulness, and Humanity. New York: Scribner 2017.
22. Pera C. El Cuerpo Herido. Acantilado, 2003.
23. Van Manen M. Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, Inc. 272-281, 2014.
24. Kneebone R. Getting back in touch. *Lancet* 2018; 391: 1348.
25. Harris J y DeAngelis C. *The Power of Hope*. *JAMA* 2008; 300: 2919-2920.
26. Little JM. Ethics in Surgical Practice. *Br J Surg* 2001; 88: 769-770.
27. Kopacz DR. Re-Humanizing Medicine. Ayni Books, 2014.
28. Pera C y Pera M. Could the medical humanities be a remedy for the rising disengagement between physician and patient? *MedEdPublish* 2018; 7: 179.

29. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med* 2008; 83: 244-249.
30. Rosenthal S, Howard B, Schlussel YR, Herrigel D, Smolarz G, Gable B, Vasquez J, Grigo H, Kaufman M. Humanism at heart: Preserving empathy in third-year medical students. *Acad Med* 2011; 86: 350-358.
31. Narayan GA, Stern P, Fornari A. Effect of reflective writing on burnout in medical trainees. *MedEdPublish* 2018; 7: 237.
32. Kopacz DR. Caring for Self & Others. Transforming Burnout, Compassion Fatigue, and Soul Loss. Creative Courage Press, 2024.
33. Samoutis A, Samoutis G, Stylianou N, Anastasiou A, Lionis C. The Art and Science of Compassionate Care: A Practical Guide. In *New Paradigms in Healthcare*. Springer, 2023.
34. Liao L. The physician as person framework: How human nature impacts empathy, depression, burnout, and the practice of medicine. *Can Med Educ J* 2017; 8: e92-e96.
35. Kleinman A. The art of medicine, The soul of medicine. *Lancet* 2019; 394: 630-631.
36. Havel V. "The kind of hope I often think about" in *Disturbing the Peace: A conversation with Karel Huizdala*. New York: Vintage Books, 1991.

Tornar a mirar el malalt

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

DR. LLUÍS GRANDE I POSA

Excel·lentíssim Sr. President,
Molt il·lustres acadèmiques i acadèmics,
Digníssimes autoritats,
Senyores i senyors,

En primer lloc, voldria expressar el meu agraïment a l'Excel·lentíssim Sr. President i a la Junta de Govern l'encàrrec de fer el discurs de resposta al Dr. Manuel Pera Román, en nom de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

No és cap secret que amb el Dr. Manuel Pera m'uneix un vincle de profunda amistat, que va començar ja a la seva època d'estudiant a la Facultat de Medicina, i s'ha consolidat al llarg dels anys compartint vivències professionals i personals. Tractaré que la nostra amistat no desvirtui l'objectivitat que ha de tenir aquest discurs.

Abans de posar-nos en matèria, i si m'ho permet el Sr. President, m'agradaria adreçar unes paraules a l'acadèmic emèrit que fins avui ocupava el setial que ara passarà a mans del Dr. Pera: el Dr. Lluís Morales. No és aquest el moment de repassar la trajectòria professional d'un dels capdavaners de la cirurgia pediàtrica al país, però sí de fer palesa la seva elegància, la seva afabilitat i el seu esperit jove, que conserva inalterable amb el pas del temps. No obstant això,

el que més impacta de la seva persona és la tolerància i la pau que transmet amb els seus gestos i paraules. Desitjo que per molts anys puguem seguir gaudint de la seva presència en aquesta Acadèmia.

Si tornem a la comesa, el currículum del Dr. Manuel Pera és un dels més lineals i consistents que conec i això ja deixa ben clara la seva manera de ser i de treballar. En Manuel va néixer a Sevilla l'any 1959, i podríem dir que és un sevillà que viu a Barcelona. El seu cor, així, està lligat a Sevilla: la Sevilla dels seus pares, de la seva família, de la seva dona, la d'Antonio Machado i Luis Cernuda, de Velázquez, Murillo, Valdés i Gordillo. Sevilla és el seu refugi espiritual.

Va arribar a Barcelona als nou anys, on va cursar l'ingrés i la secundària als Jesuïtes i va entrar a la Facultat de Medicina el 1976, justament en el moment que jo acabo els meus estudis. Es llicencià el 1982 amb premi extraordinari i el 1988 obté el grau de doctor, també amb premi extraordinari.

Pel que fa a la seva trajectòria assistencial, ha pujat esglaó a esglaó. Va començar com alumne intern ras, després com alumne intern per oposició, va fer la seva residència entre els anys 1983 i 1987, aconseguí el títol d'especialista el 1988, i poc després obtingué la plaça de metge adjunt i posteriorment la de consultor. Sempre al Servei de Cirurgia que va dirigir el seu pare, el Prof. Cristóbal Pera Blanco-Morales, fins a la seva jubilació l'any 1997.

Amb el risc que el nostre President em cridi a l'ordre (ja es la segona vegada que demano la seva vènia aquest matí), se'm fa difícil, en aquest moment, no fer un esment especial al Prof. Cristóbal Pera. Ell ha estat un dels mestres més brillants que he conegut mai, el que em va transmetre la motivació per l'ensenyament en totes les seves facetes, però també el valor de l'observació, de l'anàlisi, de la recerca, de la identificació i solució dels problemes clínics desafiants i inexplorats, i de l'aprofitament dels recursos disponibles per donar suport a aquests esforços. La III Clínica Quirúrgica, la que dirigia el Prof. Cristóbal Pera, va ser una veritable *ακαδήμεια* (*akademia*), una escola de cirurgians, molts dels quals som avui membres d'aquesta

Reial Acadèmia, professors universitaris o caps de servei arreu del país.

Tornem a agafar el fil del discurs de resposta. Per circumstàncies que no venen al cas, el Servei de Cirurgia de l'Hospital Clínic, després de la jubilació del Prof. Cristóbal Pera, es divideix en dues àrees diferenciades: la de Cirurgia Gastrointestinal i la de Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreàtica. El Dr. Manuel Pera queda adscrit a la primera. El lideratge d'aquest nou Servei de Cirurgia Gastrointestinal és atípic, personalista, més semblant a l'absolutisme dels segles XVII i XVIII que a un servei acadèmic del segle XXI. Aquesta situació fa que la convivència sigui complicada. L'any 2004, al cap de secció de Cirurgia del Tracte Superior a l'Hospital del Mar, el Dr. Salvador Navarro, li ofereixen la plaça de cap de servei de l'Hospital del Parc Taulí. No tinc cap dubte que el Dr. Manuel Pera era el millor candidat possible per optar a la plaça vacant que quedava a l'Hospital del Mar. I ell va acceptar presentar-s'hi, la va guanyar i és la plaça que continua desenvolupant a l'actualitat amb el màxim reconeixement professional.

A més de la tasca clínica, sempre impecable, ha estat, tant a l'Hospital del Mar com al Clínic, membre de diferents comitès assistencials i de recerca. En destaquen especialment la coordinació de la Unitat de Cirurgia Esofagògica a l'Hospital Clínic i la de la Unitat de Recerca en Carcinogènesi Esofagògica a l'Institut de Recerca de l'Hospital del Mar.

Durant aquests anys, ha realitzat múltiples estades formatives a l'estranger de la mà de gastroenteròlegs i cirurgians de prestigi, com els professors Alan Cameron, Peter Pairóler, Víctor Trastek, André Duranceau, Jörg Rüdiger Siewert, Derek Alderson o Han-Kwang Yang, tots ells referents mundials en el camp de la patologia esofagògica.

Des del punt de vista docent, començà la seva carrera com a professor associat de la Universitat de Barcelona el 1987, on es va habilitar com a professor titular el 2004. Més tard, el 2007, fou professor titular a la Universitat Autònoma de Barcelona, on

esdevingué catedràtic l'any 2018. A més d'aquesta carrera, que en podríem dir formal a Espanya, el Prof. Pera ha estat convidat com *External Examiner* al Trinity College de Dublín en les quatre darreres promocions d'estudiants.

La seva vessant d'investigador és encara més brillant, si això és possible. Ha publicat 26 llibres o capítols de llibre i és autor de més de 210 articles indexats, la gran majoria dels quals signats en una posició rellevant. Segons la Web of Science, més estricta que Google Acadèmic, ha acumulat més de 6.000 cites, amb un factor d'impacte de quasi 500 punts i el seu índex-h és de 42. Ha dirigit 13 tesis doctorals i ha estat investigador principal en 17 projectes amb finançament competitiu. A més ha impartit més de 180 conferències.

És (o ha estat) membre de pràcticament tots els registres internacionals que tenen alguna relació amb la cirurgia esofagogàstrica i ha participat en les conferències de consens més importants d'aquest àmbit. A casa nostra, és l'*alma mater* del Registro Español EURECCA de Càncer Esofagogàstrico, una veritable joia en l'àmbit dels registres clínics i una mostra exemplar que al món llatí també és possible fer les coses bé, quan hi ha un bon lideratge al capdavant.

Una altra faceta molt destacada d'en Manuel és la relacionada amb el món editorial. Ha estat o és redactor associat o redactor en cap de revistes com *Diseases of the Esophagus*, *Digestive Surgery*, *Annals of Surgery* i *Cirugía Española*. Així mateix és revisor habitual per a revistes de la seva especialitat i per a agències de recerca o de qualitat universitària nacionals i internacionals. Va dirigir l'equip de traductors del *British Journal of Surgery* (BJS) i és membre de la BJS Society.

El Dr. Manuel Pera ha vist guardonada aquesta trajectòria amb múltiples premis. És membre de diverses societats científiques de la seva especialitat i membre d'Honor de la Sociedad de Cirujanos de Chile, *Fellow ad hominem* del Royal College of Surgeons d'Edimburg i Fellow d'Honor de l'European Board of the Upper Gastrointestinal Surgery.

Aquest recorregut, tan brillant com exigent, hagués estat impossible sense el suport de l'Amparo, la seva dona. Ella és el pal de paller de la trajectòria acadèmica d'en Manuel. Ha patit (pateix) la molta –a vegades excessiva– dedicació d'en Manuel, els seus horaris erràtics, els períodes d'estades a l'estranger, els nombrosos viatges i també la seva fràgil salut. I tot això ho ha sabut compaginar amb els seus propis afers i compromisos professionals i amb la cura de la seva mare a Sevilla, com només una gran dona és capaç de fer.

Fins aquí arribaria el seu, diguem-ne, currículum oficial. Un recorregut més que suficient per ser admès com a membre numerari d'aquesta docta institució, però hi ha molt més que no pot ser reconegut per cap agència nacional o internacional.

I crec que això ho podria resumir amb dos conceptes: estoïcisme i humanisme.

L'estoïcisme no té massa adeptes al segle XXI, però en Manuel és un excel·lent representant d'aquell corrent filosòfic que va fundar Zenó de Cítion a Atenes al segle III aC. Els estoics sostenien que només es pot assolir la tranquil·litat, la llibertat, la felicitat i la saviesa essent indiferent a les comoditats, els béns materials i la fortuna externa, i dedicant-se a una vida guiada pels principis de la raó i la virtut –la idea de l'*ἀταραξία* (ataràxia)–. Això és en Manuel i l'actitud que el defineix molt bé. La seva capacitat de treball és ingent, li permet seguir, seguir i seguir, quan la majoria ja hem llençat la tovallola. Per a ell, no hi ha festius, ni dissabtes, ni diumenges. Si no està físicament treballant, està barrinant alguna cosa. Moltes vegades, tu parles i ell no t'escolta, t'adones que la seva ment ja és a un altre lloc. Si vol una cosa, la busca. És estricte i exigent amb els altres, com ho és amb ell mateix, però és generós. Dona més del que rep. Creu tant en la seva capacitat de treball que li costa dir no a les coses i la veritat és que, més d'una vegada, desbordat, acaba delegant a darrera hora a algú alguna tasca. És difícil negar-se i no donar-li un cop de mà.

D'altra banda, l'estoic és un individu que controla les seves emocions i sentiments, i que es manté ferm davant l'adversitat. En

Manuel també comparteix aquesta faceta amb els estoics, la seva manera d'enfrontar-se al dolor, al dolor crònic amb el que viu, ha forjat una ànima molt resistent i, sens dubte, amb moltes ganes de viure.

L'altra faceta és el seu humanisme i això em permet lligar amb el tema del discurs d'entrada. Del seu humanisme en tenim mostres clares: personals, professionals i col·lectives. Des del punt de vista personal, en Manuel encara troba temps per llegir, li apassionen els llibres (té una petita col·lecció de primeres edicions, sobretot de literatura hispanoamericana i de poesia de la Generació del 27). Li agraden les arts, especialment la pintura. Té unes quantes galeries d'art de referència que visita amb regularitat, i no són poques les obres dels segles XIX i XX relacionades amb la Sevilla natal a les parets de casa seva. Tot i això no «fa fàstics» a altres estils i èpoques com les obres de l'Equip 57 o les escultures de Juan Muñoz, que va descobrir fa uns anys a les terrasses del Museu Reina Sofia.

Des del punt de vista col·lectiu, va ser l'impulsor i continua essent el mentor de l'Associació Quirúrgica Gimbernat, una iniciativa dels estudiants de medicina de la UPF-UAB amb especial interès per la cirurgia. Allà es combinen activitats formatives clàssiques, relacionades amb l'especialitat mèdica, amb altres amb una visió humanista, lligada als aspectes més humans i filosòfics de la medicina. Gràcies al seu esforç, persones com Rafael Argullol, Emilio Lledó, Juan Fernández Lacomba o Jonathan MacFarland han compartit amb els alumnes diferents activitats. A més, als estudis de grau de Medicina de la UPF, el Dr. Manuel Pera ha promogut una assignatura optativa que reflecteix plenament aquesta dimensió: *Humanisme a la Medicina*, matèria que ha assolit fites insospitades, com ser la més sol·licitada d'entre totes les optatives.

I des de la vessant professional, el Dr. Manuel Pera ens ha recordat en el seu discurs, amb la sensibilitat d'un poeta i el rigor d'un clínic, que la mirada que cura no és només la mirada que diagnostica, sinó la que reconeix a l'altre. La que no es limita a observar la imatge d'una pantalla, sinó la que percep la història, el

patiment, l'esperança continguda en un rostre. Aquesta mirada, com diu un dels autors citats per ell, Jean Starobinski, persevera (1). I és, justament aquest, el mandat ètic que tenim: perseverar, quan tot el que ens envolta –temps, tecnologia, burocràcia– ens empeny cap el desarrelament. El Prof. Cristóbal Pera, un altre gran humanista, va deixar ben recollides les causes de la precarietat de la trobada entre metge i malalt: la tensió entre les ciències aplicades a la medicina, amb vocació de certesa, i *l'art clínic*, conscient de la seva incertesa. Assenyalava també el canvi de la tradicional relació autoritària i paternalista cap a una nova dinàmica entre el metge i un «adult sa» –quan en realitat es troba almenys «destemprat», indisposat–, que exigeix informació clara i justificació raonada de les decisions diagnòstiques i terapèutiques, que han de passar per un consentiment informat abans de ser aplicades. I, finalment, advertia de l'aïllament entre metges (i cirurgians) i pacients, provocat pel soroll informàtic i tecnològic (2). En Manuel ha evocat amb claredat la complexa bellesa de la relació metge-malalt però, a més, ens ha ofert, a través d'un recorregut rigorós i sensible, l'anatomia de la trobada clínica que depassa el cos malalt per dirigir-se a l'ànima acorada.

Albert Schweitzer, metge, filòsof, teòleg i músic alsacià, premi Nobel de la Pau el 1952, va dir: *«Cal que el metge sigui educat per partida doble: des de la vessant científica i des de la vessant humana»* (3). I és justament aquesta educació, la humanista, la que estem oblidant. No s'aprèn als llibres, sinó amb l'ànima. Es cultiva amb el silenci, amb el respecte, amb el saber estar sense envair, amb el tacte abans de la tècnica. El Dr. Manuel Pera ens ha recordat que la medicina no és únicament ciència; és també art, ètica i trobada. I no una trobada qualsevol, sinó aquella que implica presència, escolta, mirada, paraula i (con)tacte. Com deia el mestre Pedro Laín Entralgo –també citat pel Dr. Pera–, un *«acte d'amor eficaç al proïsme dolgut»* (4).

En un món en què les coses urgents desplacen les importants, en què la tecnologia avança més ràpid que la compassió i en què les presses semblen haver envaït el temps d'escoltar, discursos com el que acabem de sentir tornen l'ànima a la pràctica mèdica. No es

tracta, com s'ha dit, de rebutjar els avenços del model biomèdic, sinó de complementar-los des d'una perspectiva integradora, capaç de reconèixer l'esser humà en tota la seva complexitat i globalitat.

Paul Tournier, metge suïss, capdavanter de la medicina psicosomàtica, deia: «*El que més necessita un malalt és un metge que no s'oblidi de que també ell és un home*» (5). Carl Jung insistia: «*Conegui totes les teories; domini totes les tècniques; però, en tocar una ànima, sigui només una altra ànima*» (6). Avui dia, la medicina compta amb avenços meravellosos: la intel·ligència artificial, la robòtica quirúrgica, la genòmica, les teràpies cel·lulars..., però moltes vegades el malalt es troba més sol que mai. Aquesta humanitat compartida que proposen Tournier o Jung, aquest mirall existencial que es construeix a la consulta o a la vora d'un llit hospitalari, és el terreny on brota la confiança i, en molts casos, serà l'inici de la curació.

Justament aquest punt també el destaca el Dr. Pera en el seu discurs, el llenguatge—paraula i mirada—és molt més que un instrument clínic: és una forma de tractament. En Hans-Georg Gadamer, filòsof alemany deixeble de Heidegger i el pare de l'hermenèutica filosòfica, va afirmar que «*la conversa és la medul·la de la medicina*» (7). Més recentment, el neuròleg i divulgador científic Oliver Sacks explicava que «*l'estudi de la malaltia comença escoltant el que el malalt diu. La resta és només confirmació secundària*» (8). És el que avui coneixem com a medicina narrativa, un corrent que es va iniciar el 1910 després de l'informe Flexner, que va redefinir l'educació mèdica als Estats Units (9). L'any 1990, metgesses com Rachel Naomi Remen i Rita Charon van argumentar que calia estructurar la pràctica mèdica al voltant de les narratives dels pacients, abordant les dimensions relacionals i psicològiques que envolten la malaltia física (10). Rita Charon, en el seu llibre *Narrative medicine; honoring the stories of illness*, deixa patent la filosofia de la medicina narrativa: «*Les històries que els malalts conten és la manera d'obrir el seu món interior. Escoltar-les és una forma de respecte*» (10). La medicina narrativa no pretén només validar l'experiència del malalt, sinó també fomentar la creativitat i l'autoreflexió del metge. Perquè mes

enllà de les dades i els protocols, el que el malalt busca és comprensió davant el seu sofriment, ser reconegut en la seva singularitat i sentir-se acompanyat en la seva vulnerabilitat.

La preocupació per la deshumanització de la medicina contemporània és una inquietud que compartim molts i que ens invita a l'acció: a rehumanitzar la professió des de la formació a la pràctica clínica; des de les institucions a l'ètica professional, i ens convoca no només a incorporar les humanitats mèdiques com assignatures, sinó com actitud quotidiana. No és un abillament curricular, és una convicció profunda. El neuròleg, psiquiatre i filòsof austríac Viktor Frankl, fundador de l'anàlisi existencial, afirma que «*no oblidem que la medicina és una ciència, però el metge és un artista*» (11). La matèria primera d'aquest artista és el patiment humà, però també cal que sigui l'esperança.

Celebro, per tant, que aquest discurs no només hagi servit per reflexionar sobre el present, sinó que també hagi semblat una direcció clara cap el futur: integrar ciència i compassió, coneixement tècnic i saviesa moral, evidència i empatia. Que el *bedside manner* no sigui un luxe, sinó un dret. Que no ens resignem a un limbe sense paraules i que recuperem el poder transformador del llenguatge en la pràctica mèdica.

Per cloure, utilitzaré un aforisme, atribuït, com molts, a Hipòcrates –encara que sense certesa– i que al meu entendre resumeix l'esperit d'aquest discurs de recepció: «*La medicina cura algunes vegades, alleuja moltes, consola sempre*». Perquè consolar, estar present, mirar i escoltar no són actes ni gestos menors, sinó l'essència mateixa d'una medicina amb rostre humà.

Gràcies, Manuel, per recordar-nos, amb tanta profunditat i bellesa, què vol dir i què implica vestir la bata blanca.

Excel·lentíssim Sr. President, sincerament crec que aquesta trajectòria és digna de ser reconeguda per la nostra Acadèmia i que la incorporació del Dr. Manuel Pera serà de gran vàlua. Per tot això us demano que procediu a lliurar-li les credencials que l'acrediten com a Acadèmic Numerari d'aquesta institució i que li imposeu la

medalla que correspon al seu seient com a símbol de la seva plena incorporació a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i de la nostra més cordial benvinguda.

He dit.

Bibliografía

1. Starobinski J. *The living eye*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1989.
2. Pera C. *La mano y la palabra*. Discurso de recepción como Académico de Honor. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, 12 de juny de 2022.
3. Schweitzer A. *Entre el agua y la selva virgen: Relatos y reflexiones de un médico en la selva del África ecuatorial*. Madrid: Javier Morata, 1932.
4. Laín Entralgo P. *La relación médico-paciente. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente, 1964.
5. Tournier P. *Medicina de la persona*. Barcelona: Ed. Victoria, 1946.
6. Jung CG, Jaffé A. *Jung's life and work: Interviews for memories, dreams, reflections with Aniela Jaffé*. New York: Pantheon Books, 1963.
7. Gadamer HG. *Verdad y método*. Vol I. Salamanca: Ed. Sígueme, 1977.
8. Sacks O. *My own life: Oliver Sacks on learning he has terminal cancer*. New York Times, 19 de febrer de 2015.
9. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the advancement of Teaching, 1910.
10. Charon R. *Narrative medicine; honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
11. Frankl V. *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Ed., 2003.

