

# El médico del futuro



Enero de 2009



Fundación  
Educación Médica



# El médico del futuro

Enero de 2009



Fundación  
Educación Médica



## Índice

Autores	3
Lectores críticos del documento	4
Créditos	5
Dedicatoria	9
Presentación	11
Introducción	13
Documento de posición	17
Qué tipo de médico tenemos	19
Qué tipo de médico queremos	45
Cómo superar la brecha	73
Recomendaciones para los agentes implicados	83
Referencias	89
Anexos en CD	
Contribuciones de los expertos	



## **Autores**

**Fundación Educación Médica (FEM)**

**Dr. Helios Pardell Alentà (†)**

### **Expertos**

**Dr. Joan Berenguer Maimó**

**Dr. Miguel Bruguera Cortada**

**Dr. Juan Gérvas Camacho**

**Dra. Carmen Gómez Asorey**

**Dr. Diego Gracia Guillén**

**Dr. Arcadi Gual Sala (FEM)**

**Dr. Albert J. Jovell Fernández**

**Dra. María Nolla (FEM)**

**Dr. Albert Oriol Bosch (FEM)**

**Dr. Vicente Ortún Rubio**

**Dr. Jordi Palés Argullós (FEM)**

**Dr. Felipe Rodríguez de Castro (FEM)**

**Dr. Francisco R. Rubia Vila**

**Dr. Boi Ruiz García**

**Dr. Jaume Sellarés Sallas**

**Dr. Guillermo Vázquez Mata**

## **Lectores críticos del documento**

El Dr. Juan Gérvas propuso que un grupo de profesionales jóvenes leyera el documento para aportar su opinión desde una perspectiva menos experta pero más fresca. Con esta idea el Dr. Gérvas coordinó a un grupo de residentes de Medicina de Familia que merecen ser citados dado el valor de sus opiniones.

**Dr. Julio Bonis**

**Dra. Alicia Gutiérrez Misis**

**Dra. María Pérez Pascual**

**Dra. Elena Serrano Ferrández**

**Dr. Tiago Villanueva**

## **Créditos**

### **Dr. Joan Berenguer**

Especialista en Cuidados Intensivos  
Gerente de diversos hospitales y consorcios hospitalarios de Cataluña  
Gerente territorial de Barcelona. Unidad integrada de diagnóstico y tratamiento del Instituto Catalán de la Salud

### **Dr. Miguel Bruguera**

Consultor sénior de Hepatología del Hospital Clínico. Barcelona  
Profesor titular de Medicina. Universidad de Barcelona  
Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### **Dr. Juan Gérvas**

Médico de Atención Primaria de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid)  
Coordinador del Equipo CESCA  
Profesor de Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid

### **Dra. Carmen Gómez-Asorey**

Directora del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC)  
Especialista en Aparato Digestivo  
Coordinadora de Formación del Servicio Madrileño de Salud

### **Dr. Diego Gracia**

Profesor de Historia de la Medicina y Bioética. Universidad Complutense de Madrid  
Director del Máster de Bioética  
Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud

### **Dr. Arcadi Gual (Coordinador) (FEM)**

Catedrático de Fisiología. Universitat de Barcelona  
Director de la Fundación Educación Médica  
Director de la revista *Educación Médica*

**Dr. Albert J. Jovell**

Director General. Fundació Biblioteca Josep Laporte  
Director del Observatorio de las Profesionas Sanitarias  
Profesor asociado de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona

**Dra. María Nolla (FEM)**

Directora Adjunta de la Fundació Doctor Robert, Universitat Autònoma de Barcelona  
Directora de la Unidad de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona. Patrón fundador de la Fundació Educación Médica

**Dr. Albert Oriol-Bosch (FEM)**

Catedrático jubilado de Fisiología. Universidad Complutense de Madrid y Universitat Autònoma de Barcelona  
Ex-director del Instituto de Estudios de la Salud. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña  
Presidente de la Fundació Educación Médica

**Dr. Vicente Ortún**

Economista  
Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)  
Profesor del Departamento de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra de Barcelona

**Dr. Jorge L. Palés Argullós (FEM)**

Catedrático de Fisiología. Universitat de Barcelona  
Presidente de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)  
Patrón de la Fundació Educación Médica

**Dr. Helios Pardell (Coordinador) (FEM) (†)**

Consultor sénior de Medicina e Hipertensión del Hospital General. Hospitalet de Llobregat (Barcelona)  
Director del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC)  
Responsable del área de FMC/DPC de la Fundació Educación Médica

**Dr. Felipe Rodríguez de Castro (FEM)**  
Especialista en Neumología  
Profesor titular de Medicina. Universidad de Las Palmas  
de Gran Canaria  
Vicepresidente de la Sociedad Española de Educación  
Médica (SEDEM)

**Dr. Francisco J. Rubia**  
Catedrático de Fisiología. Universidad Complutense de Madrid  
Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina  
Vicepresidente de la Academia Europea de Ciencias y Artes

**Dr. Boi Ruiz**  
Doctor en Medicina  
Diplomado en Gestión Hospitalaria  
Presidente de la Unión Catalana de Hospitales

**Dr. Jaume Sellarés**  
Médico de Familia  
Director del Área Básica de Salud Sardenya. Barcelona  
Vicepresidente de la Asociación de Equipos de Base Asociativa (EBAs)

**Dr. Guillermo Vázquez**  
Especialista en Medicina Intensiva  
Catedrático de Medicina en excedencia  
Experto en Educación Médica



## **Dedicatoria**

**Helios Pardell Alentà**  
**Patrón de la Fundación Educación Médica**  
**(1947-2008)**

La Fundación Educación Médica recibió a principios de 2008 la propuesta de uno de sus más activos Patronos, el Dr. Helios Pardell Alentà, de realizar un estudio que él consideraba muy necesario en unos momentos en los que los horizontes de la profesión médica están llenos de nieblas que no se disipan con facilidad. Se trataba, según sus propias palabras, de expresar desde la profesión médica lo que debe ser un médico; se trataba de ser correctos desde el mundo académico pero agresivos (que no incorrectos) para el mundo de los políticos; se trataba de decir lo que muchos piensan y no pueden expresar; se trataba de ser profundos pero en cualquier caso inteligibles para todos.

Las tareas del estudio que tienen en sus manos se han realizado a lo largo del año 2008 bajo la coordinación del Dr. Pardell y se terminaron el 28 de octubre con la última reunión presencial de trabajo con los expertos. El Dr. Pardell tuvo tiempo de poner en orden los papeles de esta reunión, pero no ha podido ver el trabajo terminado; el día 30 de octubre nos dejó para siempre.

La Fundación Educación Médica se place en haber puesto en orden el trabajo que ha sido fruto de la propuesta y de los esfuerzos del Dr. Pardell. Cronológicamente e ideológicamente les presentamos el trabajo póstumo del Dr. Pardell. Creemos que es un trabajo notorio, útil para muchos estamentos y sobre todo útil para todos los médicos que pueden visualizar con su lectura un futuro con más ilusión. Por ello, la Fundación Educación Médica se ha comprometido a difundir este trabajo vastamente a todas las instituciones, corporaciones sanitarias así como a todos los médicos de este país. La Fundación está convencida que con ello honrará su memoria.

## **Presentación**

En los países de nuestro entorno la profesión médica se halla en una difícil situación como consecuencia del nuevo entorno social, el cambio de las condiciones de ejercicio profesional y el carácter intervencionista de las políticas gubernamentales en el sector salud.

Algunos de estos hechos, en España adquieren connotaciones específicas como, por ejemplo, el papel de empleador de los médicos de los gobiernos autonómicos a través de los servicios sanitarios públicos de salud, lo que comporta unas repercusiones de enorme calado para el conjunto de la profesión, a menudo de carácter negativo.

Ante estos retos, la profesión no siempre dispone de las herramientas conceptuales necesarias para hacerles frente, actuando muy a menudo de manera reactiva, lo que la sitúa en una posición de inferioridad que redundará en una pérdida progresiva de liderazgo y de capacidad de influencia.

Por ello, la iniciativa de la Fundación Educación Médica, que me cabe el honor de prologar, representa un valiosísimo esfuerzo orientado a resituar la posición del médico en el sistema sanitario, con objeto de aprovechar al máximo sus potencialidades, en beneficio de la propia profesión pero, por encima de todo, de la sociedad a la que se debe.

El análisis llevado a cabo por el panel de expertos que la Fundación ha congregado, no rehuye la crítica de la propia profesión, desmenuzando concienzudamente la problemática externa e interna y haciendo un conjunto de recomendaciones que, estoy seguro, han de contribuir a diseñar un panorama futuro mejor para nuestra sanidad y, en concreto, para la profesión médica de nuestro país.

Espero y deseo que todos los agentes involucrados sepamos estar a la altura y que, tomando aquellas recomendaciones como guía de nuestra actuación, contribuyamos decididamente a afianzar la confianza en el médico, elemento clave de una buena asistencia sanitaria a la población.

Por último, quiero hacer explícita mi más sincera felicitación a la Fundación Educación Médica por esta loable iniciativa, a todas luces necesaria, y a quienes han colaborado con ella por su magnífica labor. Pero no puedo terminar estas letras sin referirme a su coordinador y máximo valedor el Dr. Helios Pardell Alentà. Su muerte no ha truncado este trabajo que dejó prácticamente terminado pero sin duda ha dejado a nuestra profesión sin la voz, tan necesaria en momentos especialmente delicados, de un maestro y amigo. Deseo que esta obra, que debo calificar de póstuma, sea para muchos el camino a seguir.

**Juan José Rodríguez Sendín**  
CGCOM

## Introducción

Los sistemas sanitarios de todos los países desarrollados están atravesando un período de dificultades, derivadas básicamente de cuatro órdenes de motivos. Por un lado, los propios de la crisis del principio *todo para todos, gratis*, eje del estado del bienestar en la mayor parte de países europeos. Por otro, el aumento de la oferta médico-sanitaria, al compás de la aparición de las nuevas tecnologías diagnóstico-terapéuticas, de las estrategias de prevención y detección precoz y de los programas de promoción de la salud. En tercer lugar, el aumento de la demanda sanitaria, consecuencia de las exigencias de una población cada vez más informada y con mayores expectativas. Y, finalmente, el crecimiento incesante de la población demandante, básicamente por el proceso de envejecimiento a que se halla sometida en los países desarrollados así como a los procesos inmigratorios.

A todo ello, en muchos países, pero en España muy especialmente, hay que añadir la situación de descontento y desmotivación de los médicos, que perciben un deterioro de su estatus socio-profesional y expresan quejas continuas acerca de sus condiciones de trabajo en los sistemas sanitarios públicos, en los que trabajan como empleados estatutarios en su inmensa mayoría. Lo cual es especialmente preocupante dado que, desde hace mucho tiempo, todos los analistas han formulado claramente el principio de que nada hay tan pernicioso para la sostenibilidad de un sistema sanitario como la existencia de unos profesionales, en este caso médicos, desmotivados y poco comprometidos. Y este es, obviamente, el caso de nuestro país.

Este trabajo pretende ser un ejercicio de autocrítica positiva, básicamente desde dentro de la profesión, con el objetivo de insuflar los aires

de cambio necesarios para hacer frente a los nuevos retos a los que se enfrenta y contribuir a diseñar el futuro. Para ello, partimos de la base de que los médicos, mayoritariamente, ejercen su profesión con responsabilidad, lo que explica la alta valoración y estima que les demuestra la población. Esta valoración positiva de los médicos por parte de la población contrasta con la opinión de ésta que cree necesario introducir reformas sustanciales o, incluso, fundamentales, en el sistema sanitario, cuyas características deben ser objeto de un análisis diferente.

Pero, asimismo, se toman en consideración las opiniones de muchos analistas sobre las lagunas que presenta la profesión en conjunto, que deben ser superadas si queremos afrontar los cambios necesarios en el futuro inmediato. Esto hará posible al diseño de un sistema sanitario más adaptado a los nuevos tiempos y, dentro de él, una profesión médica renovada y comprometida.

En línea con estas consideraciones, creemos necesario advertir al lector que las afirmaciones y recomendaciones que se hacen parten de la base de que muchas de las características del médico actual son perfectamente adecuadas y positivas y que de lo que se trata no es tanto de sustituirlas por otras sino, al contrario, de balancearlas y ampliarlas con elementos competenciales y actitudinales complementarios, de acuerdo con las tendencias más actuales del ideario del profesionalismo médico y de los sistemas sanitarios.

A la vista de este panorama, desde la Fundación Educación Médica (FEM) hemos creído de interés llevar a cabo una reflexión en profundidad sobre el papel que el médico debe tener en el sistema sanitario,

alejada de los componentes de la cultura de la queja, en la que tan a menudo se instala la profesión, y de los planes de choque y las actuaciones intempestivas que suelen constituir la tendencia más extendida entre nuestros políticos. Ciertamente, la situación de la profesión es difícil y se presenta plagada de augurios pesimistas; sin embargo, estamos convencidos de que los peores tiempos pueden ser el preludio de tiempos mejores y de que, en general, un análisis objetivo de la situación nos permite constatar que no existen tantos motivos para el pesimismo como muchos proclaman a diario. En el seno de la profesión existen activos suficientemente calificados, a partir de los cuales se puede llevar a cabo el proceso de adaptación necesario; lo que se necesita son líderes con una visión clara de futuro y una vocación decidida de cambio.

Somos conscientes de que existen muchas tipologías de médico en la actualidad, que ejercen la profesión de manera muy diferente. Pero para los propósitos de este informe, tomamos en consideración el prototipo de médico más tradicional en los ámbitos sociológico y profesional: el que lleva a cabo actividad clínica, visitando pacientes y estableciendo con ellos el tipo particular de relación que se conoce como relación médico-enfermo, dando por sentado que las distintas especialidades comparten patrones de conducta comunes.

Para este proyecto hemos contado con la colaboración inestimable de un grupo de reconocidos profesionales, procedentes de distintos ámbitos de la Medicina y de fuera de ella, cuyas aportaciones en forma de documentos de opinión personal incluimos en el Anexo en forma de CD. Las reflexiones las han hecho a partir de las tres preguntas básicas que desde la FEM se les formularon: *i)* qué tipo de médico tenemos,

*ii)* qué tipo de médico queremos y *iii)* cómo superar la brecha. Como podrá comprobar el lector, sus textos constituyen aportaciones de primera mano y de indudable calidad, a partir de los cuales el equipo de trabajo de la FEM ha elaborado el Documento de Posición, cuya versión final ha sido consensuada y representa, por tanto, la opinión de todos los autores.

Con esta iniciativa, que ha contado con el soporte desinteresado de Laboratorios Almirall, la FEM espera contribuir a abrir un debate, necesario a todas luces, acerca del papel que el médico ha de llevar a cabo en el sistema sanitario español de los próximos años. Las reflexiones contenidas en este informe van dirigidas a todos los actores del sistema, desde los responsables de la formación de los futuros médicos, hasta los empleadores públicos y privados, pasando por las asociaciones profesionales y los gobiernos.

Algunas de ellas pueden resultar osadas e, incluso, políticamente incorrectas; pero estamos convencidos que alguien debe proclamarlas, si queremos que nuestro sistema sanitario introduzca los cambios necesarios y nuestros médicos entiendan qué papel deben jugar en él. Si este informe sirve para generar el debate, nos daremos por satisfechos, con la esperanza de haber contribuido a que entre todos veamos más claro y avancemos por el camino adecuado, en beneficio de todos pero, muy especialmente, de la población.



## **Documento de posición**

Este Documento de Posición se estructura en cuatro apartados. Los tres primeros se corresponden con las tres cuestiones formuladas a los expertos participantes en el proyecto y en base a las cuales elaboraron sus documentos de opinión. En el cuarto apartado se proponen diferentes recomendaciones para los agentes implicados.

**Qué tipo de médico tenemos**

**Qué tipo de médico queremos**

**Cómo superar la brecha**

**Recomendaciones para los agentes implicados**

Los dos primeros apartados ofrecen un alto grado de correspondencia, de manera que la numeración de las afirmaciones del apartado 1 se corresponde bastante fielmente con la del apartado 2; esto permite al lector pasar de uno a otro apartado con facilidad, para contrastar las afirmaciones y poder hacerse una idea más precisa de la brecha entre la situación actual y la deseable. Por lo que se refiere al apartado 3, sigue una línea distinta al centrarse en las propuestas que se hacen a los distintos agentes involucrados, con el objetivo de superar aquella brecha. Finalmente en el apartado 4 se presentan las recomendaciones más relevantes o las que pueden abrir caminos para conseguir el mejor de los médicos posibles.





**QUÉ TIPO  
DE MÉDICO  
TENEMOS**

Pretender diseñar un panorama general del tipo de médico actual es demasiado arriesgado, dado que debemos contar con, al menos, tres áreas de diferenciación:

- Existencia de una profesión muy fragmentada, con perfiles desiguales y comportamientos diferenciados
- Existencia de un hiato generacional, que se sitúa alrededor de los 35-40 años, que introduce maneras de entender y ejercer la profesión muy diferentes
- Existencia de diferencias de género, que aumentan con el incremento incesante de la proporción de mujeres médico en el colectivo profesional

Aún así, creemos que se puede proponer un perfil general de médico actual, que responda a comportamientos básicos comunes y permita sentar las bases para avanzar propuestas de superación de la brecha, en relación con el tipo de médico que sería deseable. Como se expone en la Introducción, el médico del que hablamos se refiere básicamente al prototipo de médico tradicional: el que tiene actividad clínica, visitando pacientes y estableciendo con ellos la relación médico-enfermo.

Es notorio que no todos los profesionales muestran las características en la forma que a continuación se exponen. Pero dejemos claro que las características que se relatan respecto al médico que tenemos son una realidad y no una caricatura de médico inexistente. El estudio se basa en un análisis cualitativo que permite mostrar imágenes reales. Es posible que muchos profesionales no se identifiquen con las características que se proponen del médico actual, cierto, pero no es menos cierta la presencia de un grupo de profesionales que si son reflejo de estas características y cuya presencia es suficiente para contaminar a toda la profesión.

Se han identificado diez escenarios paradigmáticos en los que se desarrolla el ejercicio profesional del médico actual, dentro de los cuales se analizan diversas características que contribuyen a diseñar el perfil genérico del médico que tenemos (Tabla 1).



**Tabla 1. Escenarios en los que se desarrolla el ejercicio profesional del médico actual**

El médico en el paradigma fisiopatológico osleriano
El médico y la medicina basada en la evidencia
El médico y la medicina basada en la tecnología
El médico y las creencias
El médico en la sociedad del bienestar
Roles complementarios del médico: gestor de casos y cuidador
El médico y la modificación de los límites salud/enfermedad
El médico ante nuevas exigencias
El médico ante el cambio de las condiciones laborales
El profesionalismo médico cuestionado

Esperamos que el lector sepa sacar las conclusiones pertinentes de esta descripción, y sea capaz de adaptar cada una de las afirmaciones a situaciones concretas, para las cuales no están pensadas.



### **1.1. El médico en el paradigma fisiopatológico osleriano**

Desde que fuera formulado por el gran inspirador de la moderna Medicina norteamericana, W. Osler, en el s. XIX, y en concordancia con las directrices del informe Flexner para el mundo académico, el paradigma osleriano ha inspirado la práctica clínica de los médicos del todo el mundo occidental desarrollado. El médico ha centrado la atención en su capacidad de diagnosticar entidades nosológicas establecidas científicamente y comportarse como agente decisor terapéutico para las enfermedades que presentan los pacientes que acuden a las consultas.

A partir de este paradigma, se ha consolidado el prestigio del médico hospitalario, poseedor del conocimiento científico-médico más avanzado, capaz de tratar las dolencias de sus pacientes de acuerdo con los avances técnicos y farmacológicos del momento.



**Es mejor profesional  
el que posee el conocimiento  
cientificomédico  
más avanzado**



## 1.2. El médico y la medicina basada en la evidencia

El quehacer del médico se inspira en el método científico de modo que pretende recoger todos los datos (signos y síntomas) y encontrar las leyes que los regulan para dar una respuesta, el diagnóstico. Por ello, las enfermedades son vistas como entidades de base biológica, susceptibles de clasificación definida y de tratamiento etiológico específico.

Como complemento de esta tendencia, el quehacer médico se ha convertido en la mera aplicación compartimentalizada de los avances científico-técnicos a la práctica clínica, para mejor establecer el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, centrándose en la toma en consideración de la información dura dejando de lado la información blanda, que salpica los relatos de los pacientes; de lo que se deriva que el médico rehuye entrar en el dominio de aquello que tiene sentido para la vida del paciente y, en consecuencia, desaprovecha buena parte del potencial curativo que subyace en esta actitud relacional, conocida como efecto placebo.

El ideario científico estimula el sentido crítico e inquisitivo permanente, lo que es altamente positivo; sin embargo, cuando se deja de lado la falsabilidad popperiana y se adentra en la infalibilidad dogmática se cae en el cientifismo, que influye negativamente en las conductas y el ideario de quién lo defiende.

Como continuación de lo anterior, es frecuente que el médico pretenda trabajar en un marco de racionalidad científica, olvidando el componente relacional de su encuentro con el paciente.

Al no sentirse cómodo frente la toma de decisiones en ambientes de incertidumbre, como los que caracterizan la relación con pacientes angustiados y atemorizados, el médico suele generar aún más incertidumbre y miedo si no proporciona confianza al paciente, lo que se traduce en una mayor utilización de los servicios sanitarios. A este respecto, bueno será recordar que no menos de un tercio de los cuadros que los pacientes relatan, no se corresponden exactamente con ninguna de las entidades nosológicas definidas.



**La medicina basada en la evidencia puede generar, en la mentalidad del médico, dos consecuencias negativas:**

**i) La fe ciega y acrítica en guías y protocolos, y**

**ii) La visión del paciente como sujeto con patrones de enfermedad normalizados que se deben tratar de forma normalizada**



Actualmente, y en relación con los puntos anteriores, ha adquirido cara de naturaleza la que se conoce como Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que pretende introducir elementos de máxima racionalidad científica en las decisiones clínicas.

Fundamentada en el análisis crítico de las evidencias disponibles en la literatura internacional, sin ninguna clase de duda ha contribuido en gran manera a elevar el nivel medio de la calidad asistencial y a abandonar comportamientos basados en apreciaciones individuales poco críticas o experiencias carentes de base empírica. Sin embargo, es preciso señalar las consecuencias negativas que ha acarreado en la mentalidad del médico.

Por un lado ha fomentado la fe ciega en los protocolos y guías de actuación generales, que el médico aplica, a menudo acríticamente, en casos particulares. Ello conduce inevitablemente a errores y a prácticas inadecuadas -cuando no francamente incorrectas- dado que los protocolos y guías no pueden contemplar, por razones obvias, las características individuales del paciente. A menudo se olvida que el buen profesional médico es aquel que sabe cuando no aplicar ante un caso concreto *sensu stricto* un protocolo determinado.

Por otro, ha contribuido decididamente a ensalzar las virtudes del razonamiento científico determinista en menoscabo del componente relacional de la actuación del médico, y a ver a los pacientes como sujetos con patrones de enfermedad normalizados susceptibles de recibir atención asimismo normalizada, diseñados a partir de exigencias que, a menudo, nada tienen que ver con la que se entiende como buena práctica clínica. En este contexto, es frecuente encontrarse con médicos que saben razonar y calcular mucho pero que saben escuchar muy poco.



### 1.3. El médico y la medicina basada en la tecnología

El desarrollo tecnológico de las últimas décadas permite situar al profesional médico frente un escenario nuevo y sobre todo le ha hecho tomar conciencia de que la tecnología abrirá en las próximas décadas no solo nuevas formas de diagnóstico y nuevas terapéuticas sino nuevas relaciones tanto entre el paciente y el médico como entre la enfermedad y la medicina.

La tecnología, por novedosa y por espectacular, impresiona a propios y a extraños; es lo que Enrique Bernal y Salvador Peiró han denominado *fascinación tecnológica*. Por ello, todo profesional debería cuidarse de los espejismos que la tecnología genera y tener claro que la tecnología sólo es un medio y no un fin.

Para no llamarnos a engaño y ser conscientes de la magnitud de los cambios tecnológicos debemos repasar, aunque muy someramente, algunos ejemplos de transformaciones ligadas directamente al avance tecnológico. Nadie puede dudar que la relación médico-enfermo haya sufrido un considerable cambio dado que el enfermo posee muchos conocimientos adquiridos gracias a las nuevas vías de difusión de los conocimientos médicos y a su fácil acceso.

La tecnología ha transformado totalmente las comunicaciones. En algunos campos el aprovechamiento de la tecnología para la medicina es espectacular como en las modernas técnicas de imagen.

La implantación de chips subcutáneos con información personal o con un historial médico puede ser un hito cercano. Ya existen monitores remotos de parámetros vitales (glucosa o actividad cardíaca) que transmiten sus señales a un teléfono móvil. Es importante valorar el nacimiento de nuevas ciencias como la bioinformática. Las consecuencias del éxito de esta ciencia serán la Medicina Genómica, que algunos han llamado Medicina Predictiva, y la Farmacogenómica, que permitirá el tratamiento individual por fármacos de diseño desarrollados *ad hoc*. La Medicina Predictiva permitirá identificar entre los individuos sanos a aquellos con una predisposición a enfermar.



En cirugía se espera en un futuro no lejano la intervención por medio de robots, especialmente en aquellas operaciones que requieren un alto grado de precisión.

La nanotecnología permitirá la utilización de “nanoaparatos” y “nanomecanismos” que localizarán células diana, uniéndose a ellas y liberando genes o drogas.

Muchas de las enfermedades que nos aquejan tienen su origen en disfunciones del cerebro. El conocimiento de su función será provechoso para nuestra salud no sólo mental, sino física. Los principales avances en neurociencia han dependido del progreso en otras disciplinas y tecnologías como la Resonancia Magnética Nuclear, la Tomografía por Emisión de Positrones, la Magnetoencefalografía y la estimulación cerebral magnética transcraneal, que con su mejora permitirán un diagnóstico más preciso y precoz. La neurociencia se ha aprovechado asimismo de la producción de animales transgénicos al igual que de los conocimientos del genoma humano, del desarrollo en informática y del aumento de la capacidad de almacenamiento y análisis de ingentes cantidades de datos.

El desarrollo de la informática está consiguiendo que las máquinas se acerquen cada vez más a determinadas funciones cerebrales. La inteligencia artificial y el desarrollo en la construcción de robots serán temas relevantes en un futuro no muy lejano. Conseguir interfases entre el hombre y la máquina, con chips implantados, prótesis y métodos similares servirá para superar algunas lesiones neuronales. La miniaturización ha abierto expectativas de implantes de prótesis internas y externas que sustituyan funciones dañadas o desaparecidas.

La tecnología actual ha permitido a la neurociencia acometer problemas que tradicionalmente pertenecían a otras disciplinas, como la filosofía, la teología o la psicología. Hoy día se están investigando con métodos científico-naturales problemas como el de la consciencia, el yo, la espiritualidad, la realidad exterior, etc. Y se está planteando la superación de otros dualismos tradicionales como razón/afecto, herencia/medio ambiente, neurología/psicología.



**La tecnología  
sólo es un medio  
y no un fin**



#### 1.4. El médico y las creencias

Hoy, como ayer, siguen existiendo propuestas utópicas acerca de la consecución de un estado de salud ideal para todos, que se equipara a la felicidad, que ya en su momento criticara el biólogo R. Dubos.

Estos planteamientos utópicos actualmente se encarnan, básicamente, en las propuestas preventivas, de promoción de la salud, de educación sanitaria y de cribajes poblacionales. Justo es decir que buena parte de estas propuestas son perfectamente razonables y están orientadas a fines comprensibles y loables; pero existe una parte de ellas que caen claramente en abusos difícilmente justificables, que comportan una creencia absurda en la evitabilidad de la enfermedad y de la muerte, a las que se ve como un fracaso de las actuaciones preventivas y médico-sanitarias y no como hechos naturales, insertos en la propia esencia de la vida humana.

Quienes se encuadran en tales propuestas utópicas, fomentan decididamente el culto a la salud, una tendencia característica de nuestro tiempo de consecuencias preocupantes y, con frecuencia, acaban en la defensa del que algunos han denominado “sanitarismo coercitivo”, que pretende conseguir un estado de salud perfecta obligatorio para toda la población, utilizando métodos de base conductista para la modificación de las conductas individuales. Hay que reconocer que estas propuestas se acercan a posiciones totalitarias, difícilmente aceptables en la actualidad y más difícilmente compatibles, aún, con los postulados de la ética médica.



**El médico se acerca con frecuencia al “sanitarismo coercitivo” en pro de una salud perfecta y obligada para toda la población**



## 1.5. El médico en la sociedad del bienestar

En los últimos cincuenta años, en la mayoría de países desarrollados, se ha implantado el denominado “estado del bienestar”, caracterizado por una protección amplia del ciudadano en los campos de la salud, la educación y los servicios sociales, que se convierten en responsabilidad del estado, cuya financiación asegura a partir de los impuestos.

En el ámbito concreto de la salud, ésta se ve como un derecho fundamental que el estado debe satisfacer adecuadamente a través de los servicios sanitarios públicos, complementados por los privados, en los cuales el médico desempeña un papel de técnico superior al servicio de las instituciones sanitarias para satisfacer las demandas crecientes de una población hiperprotegida. De ahí la escalada de reclamaciones exigiendo cada vez más prestaciones, la limitada tolerancia a las demoras y la exigencia de calidad contrastada que evite todo tipo de errores y consecuencias indeseables.

En este mismo sentido, hay que señalar que, muy a menudo, las demandas de la población se centran en la que algunos han denominado “medicina de complacencia”, que comporta actuaciones de escaso valor sanitario y coste elevado. En EE. UU. de Norteamérica, con un sistema sanitario altamente mercantilizado, se ha podido estimar que hasta un tercio de las actuaciones médicas contribuyen muy poco o nada a mejorar el estado de salud de los pacientes-clientes.

Todo ello conlleva la aparición de la denominada “medicina defensiva”, con una gran cantidad de pruebas y actuaciones innecesarias, a veces iatrogénicas para el paciente, y una actitud condescendiente por parte del médico, que pretende evitar enfrentamientos derivados de la frustración del paciente por no obtener aquello a lo que cree tener derecho.

Esta combinación de exigencia creciente de la población y actitud tolerante del médico explica gran parte de las disfunciones propias del sistema sanitario español como, por ejemplo, el abuso de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios o la hiperfrecuentación en el nivel de Atención Primaria.



**El médico desempeña un papel de técnico al servicio de las instituciones sanitarias para satisfacer las demandas de una población hiperprotegida**

**La aparición de la “medicina defensiva’ pretende evitar enfrentamientos con el paciente cuando no obtiene aquello a lo que cree tener derecho**

**La tolerancia del médico contribuye a la hiperfrecuentación**



## **1.6. Roles complementarios del médico: gestor de casos y cuidador**

Como afirmara Tudor Hart hace unos años, la medicina moderna ha cambiado la mortalidad temprana por una morbilidad crónica. Ciertamente, en la actualidad las grandes causas de muerte en edades precoces han sido erradicadas gracias a los avances preventivos y terapéuticos, con lo cual la esperanza de vida de la población se ha ampliado considerablemente y han emergido, como problema sanitario de primer orden, los trastornos crónicos, la mayoría de carácter multifactorial, no curables y coexistiendo varios de ellos en un mismo paciente.

Ello plantea nuevos retos al médico actual, especialmente preparado para hacer frente a las condiciones agudas y semiagudas curables pero no tanto para actuar eficazmente en las condiciones crónicas incurables, que acompañan al paciente durante muchos años en el último tramo de su vida. Como consecuencia, el médico suele prestar una asistencia fragmentada y discontinua, justo lo opuesto de lo que se requiere para el adecuado manejo de las condiciones crónicas.



**Con el incremento de la esperanza de vida han surgido pacientes con múltiples trastornos crónicos no curables**

**El manejo de las enfermedades crónicas suele ser fragmentada y discontinua**



### **1.7. El médico y la modificación de los límites salud/enfermedad**

Bajo la influencia de distintos agentes, con intereses en ocasiones espurios, se están redefiniendo los límites salud/enfermedad, en el sentido de asimilar cada vez más condiciones consideradas tradicionalmente como fisiológicas a situaciones que se enmarcan dentro del nuevo patrón de enfermedad como menopausia, disminución de la potencia y el apetito sexual con la edad, duelo, cansancio, estrés, baja estatura, entre otros.

Además, como consecuencia de la incorporación de los denominados factores de riesgo de padecer alguna enfermedad en el futuro al acervo del médico clínico, con frecuencia se hace un abuso de la teoría del riesgo que subyace en la utilización de los mismos. Por un lado, suele olvidarse que la noción de riesgo es de base probabilística, carente de significación lógica y determinista a nivel individual y, por otro, suele hacerse un abuso ostensible de la naturaleza de dichos factores, al equipararlos a verdaderas causas de enfermedad que, lógicamente, no son.

Dado que es al médico a quién la sociedad adjudica la capacidad normativa para definir aquello que es enfermedad, su colaboración, en ocasiones interesada y a menudo poco consciente, con aquellos agentes a la hora de ensanchar el espectro de las enfermedades le coloca en una situación comprometida, de la que no siempre sabe salir airoso, lo que comporta un cambio de imagen, con frecuencia negativo, ante la sociedad.



**Se están redefiniendo  
los límites de la salud/  
enfermedad, asimilando  
a patológicas condiciones  
hasta ahora consideradas  
como fisiológicas**



### **1.8. El médico ante nuevas exigencias**

Bajo la influencia de las corrientes economicistas de los últimos tiempos, la salud se está mercantilizando y convirtiendo en un producto de consumo más, al abasto de la población que se convierte, así, en cliente sanitario y acepta irreflexivamente lo que hace tiempo J. Attali definió como “bricolaje de la vida”. A través de este proceso de industrialización de la salud, se acaba transformando lo humano en materia viviente y el sujeto en mercancía.

En la mayoría de los casos, este desplazamiento del concepto de salud se produce con la colaboración, más o menos consciente o interesada, del médico, que pasa a convertirse en un agente colaborador necesario de los grandes *lobbies* comerciales e industriales sanitarios, lo que plantea muy a menudo conflictos de intereses.



**El médico puede convertirse  
en un agente colaborador  
de los grandes *lobbies*,  
lo que puede plantear  
conflictos de intereses**



### 1.9. El médico ante el cambio de las condiciones laborales

De ser unos profesionales eminentemente liberales, los médicos han pasado a convertirse mayoritariamente en asalariados de las grandes corporaciones sanitarias, públicas y privadas.

Este proceso de asalariamiento/proletarización de los médicos, acarrea consecuencias trascendentales para la profesión en conjunto, que progresivamente va perdiendo señas de identidad y se convierte en un grupo ocupacional más, con vocación de conseguir un estatus funcional que asegure la estabilidad laboral, que se va adentrando progresivamente en la cultura de la queja como seña de identidad de su situación profesional y que exhibe cotidianamente el síndrome del *burn out* y manifiesta su desmotivación.

Por otro lado, en el seno de las organizaciones empleadoras, el médico encuentra dificultades cada vez mayores para mantener la capacidad de organizar su propio trabajo y definir los límites de su actuación. El profesional entra en las rutinas e irresponsabilidades propias del trabajo en equipo y encuentra dificultades crecientes para defender el elevado componente de conocimiento tácito que caracteriza su saber y expertise, frente del predominio claro de los patrones de conocimiento explícito, en unos ambientes en los que se han introducido plenamente el procedimiento estandarizado y la programación centralizada, en los que importa poco el trabajo bien hecho y se ve con suspicacia la discrecionalidad.

En tales ambientes laborales es frecuente que se produzcan las que el médico entiende como interferencias de otros en su labor y que deba llevar a cabo su trabajo en condiciones que comportan riesgos excesivos para el paciente. No es infrecuente que reclame y exija participar en la toma de decisiones aun cuando, en la práctica, suele hacer gala de unos niveles de compromiso limitados, lo que contribuye poderosamente a acrecentar el poder de los gestores.



**El médico se ha convertido  
mayoritariamente  
en asalariado**

**El proceso de  
asalariamiento/proletarización  
conlleva la pérdida  
de la identidad  
como profesional**



### 1.10. El profesionalismo médico cuestionado

Como consecuencia de la influencia de factores internos y externos a la propia profesión, muchos médicos viven actualmente un ideal profesional francamente devaluado, que acerca su perfil al de un miembro de un grupo ocupacional cualquiera y lo aleja del profesional comprometido, poseedor de un elevado sentido ético y una decidida vocación de servicio.

No es infrecuente encontrarse con médicos que viven su profesión a tiempo parcial, aduciendo su derecho al ocio y a compatibilizar la vida laboral y familiar, y que se sienten incómodos con el compromiso de autorregularse, de mantener permanentemente actualizada su competencia y de rendir cuentas a la sociedad.

Asimismo, es habitual que, una vez finalizado el período de formación básica y de especialidad, el médico entre en un proceso de formación discontinua, que entiende prioritariamente como una obligación del empleador, olvidando su componente esencial de exigencia ético-profesional.

En un contexto de igualitarismo a ultranza, a muchos médicos les cuesta entender el componente elitista de la profesión, entendido no como prebendas y privilegios sino como un mayor nivel de compromiso ético y científico. Y, en general, existen muchos médicos que muestran escasa valoración de su capacidad decisoria, autonomía, responsabilidad y autoestima, lo que los hace proclives a encuadrarse entre aquellos que se sienten más cómodos instalados en la “cultura de la queja”, achacando a otros la culpa de las deficiencias y limitaciones propias.

En este mismo sentido, haciendo gala de una visión desenfocada, es frecuente encontrarse con médicos que muestran un desapego ostensible hacia sus asociaciones profesionales, las cuales, por su parte, a menudo tampoco son capaces de encontrar su lugar y ejercer el liderazgo indispensable en tiempos de crisis como los actuales.

Ni los unos ni las otras suelen entender claramente la necesidad de redefinir el contrato social, sobre el que se sustenta su posición ante la sociedad y el gobierno, y de ahí la situación de ambigüedad en la que actualmente se encuentran, con graves amenazas para su permanencia como profesión legitimada y diferenciada.




**Hay médicos que se sienten incómodos con el compromiso de autorregularse y de rendir cuentas a la sociedad**

**Hay médicos que no entienden el componente elitista de la profesión como un compromiso ético y científico**







# QUÉ TIPO DE MÉDICO QUEREMOS



En consonancia con los diez escenarios identificados en el apartado anterior, en éste se trata de dar respuesta a los retos que se derivan del tipo de médico actual, diseñando un perfil de médico del futuro (Tabla 2). Como en el caso anterior, se trata de un perfil genérico, susceptible de muy diversas especificaciones, que el lector deberá imaginar.

**TABLA 2. Perfil profesional del médico del futuro**

Un médico que trate enfermos, no enfermedades
Un médico con actitud crítica
Un médico comunicador y empático
Un médico responsable individual y socialmente
Un médico que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema
Un médico líder del equipo asistencial
Un médico competente, efectivo y seguro
Un médico honrado y confiable
Un médico comprometido con el paciente y con la organización
Un médico que vive los valores del profesionalismo



## **2.1. Un médico que trate enfermos, no enfermedades**

Sin que se deba renegar del paradigma osleriano, que trata de identificar entidades nosológicas ante todo, el médico que queremos debe ser capaz de adaptarlas a la realidad de cada paciente, con su entorno socio-cultural propio y su manera de ver y vivir el mundo.

En este contexto, además de hacer cosas al paciente, el médico debe saber hacer cosas con el paciente y ha de ser capaz de aprovechar el enorme potencial que representa involucrarlo en el adecuado manejo de su enfermedad, convirtiéndolo en un colaborador activo desde su posición. A este respecto, hay que enfatizar el hecho de que la asimetría en la relación médico-paciente no es, por sí misma, negativa. Lo que es negativo y debe evitarse a toda costa es que dicha asimetría la aproveche el médico para fines espurios; si la canaliza adecuadamente en beneficio del paciente, constituye un enorme potencial curativo, en base a la autoridad moral y científico-técnica del médico, que genera confianza y se traduce en un beneficioso efecto placebo.



**El médico que queremos  
adaptará las entidades  
nosológicas a la realidad  
del paciente y lo involucrará  
en el manejo  
de su enfermedad**



## 2.2. Un médico con actitud crítica

En el contexto de la relación médico-enfermo, aquel debe saber moverse en unas coordenadas caracterizadas por el indeterminismo y la ambigüedad, con grandes dosis de incertidumbre.

Debe saber incorporar todos los avances científicos que aporten novedades relevantes para la práctica clínica y no adoptar actitudes *luditas* ante las nuevas tecnologías, que le sumen en una cada vez más insalvable brecha digital; pero, ante todo, debe huir del cientifismo y mantener la actitud crítica propia del método científico, estando abierto a la evaluación de sus actuaciones y teniendo siempre en mente la afirmación de L. Wittgenstein: “incluso cuando todas las preguntas científicas han obtenido respuesta, todavía no se han tocado nuestros problemas vitales”.

Y es que, en efecto, el abordaje científico se muestra capaz de dar respuesta a determinadas cuestiones de la naturaleza, pero es incapaz de ofrecerla a muchos de los problemas que afligen a los pacientes, relacionados con la vida, el sufrimiento y la muerte. De hecho, como afirmara E. Fromm, “cuanto más ahondemos en la profundidad de nuestro ser o en la del otro, tanto más se alejará de nosotros la meta del conocimiento total”. Por ello, hacer de médico consiste básicamente en ayudar al paciente antes que en construir un discurso racional sobre la enfermedad.

Además de saber moverse en el mundo fáctico y positivista, el médico que queremos debe saber moverse, por encima de todo, en el mundo de los valores, que impregnan explícita o implícitamente los relatos de los pacientes y que, en definitiva, son los que dan sentido a su vida y a su enfermedad.



**El médico primará ayudar  
al paciente antes que  
construir un discurso  
racional de su enfermedad**

**Dado que los valores  
del paciente dan sentido  
a su vida y a su enfermedad  
el médico los considerará  
en todo momento**



### 2.3. Un médico comunicador y empático

El nuevo desarrollo tecnológico no sólo va a permitir una vida más plena y sana en el futuro, sino que va a cambiar la imagen que tenemos del mundo y de nosotros mismos. Podemos estar seguros de que esta imagen que hoy tenemos es, en muchos aspectos, completamente equivocada.

Debemos pues prepararnos frente a los cambios que la tecnología impondrá en ámbitos que van más allá de los propiamente tecnológicos. Naturalmente que no se trata de luchar “contra la tecnología”; hay que asumir las tendencias que hoy observamos y que transformaran la medicina en un futuro muy próximo. Por esto el nuevo médico no se limitará a observar estos cambios sino al contrario intentará encauzarlos para que la medicina continúe estando al servicio de las personas y no de las enfermedades o de las máquinas.

Frente al médico que se escuda tras la pantalla de su ordenador o detrás la información que proporciona la cada vez más sofisticada instrumentación y que le separan del paciente, el nuevo médico utilizará la información y el tiempo que le deja disponible la tecnología para mejorar o incrementar la comunicación con el paciente. El nuevo médico, consciente de que la tecnología también tiene inconvenientes, ya no estará “fascinado” por la misma sino preocupado por emplearla convenientemente en beneficio del paciente. En suma, el nuevo médico tomará decisiones y ejecutará acciones basadas en su criterio clínico y no, exclusivamente, en la tecnología.

Frente al médico que utiliza indiscriminadamente los protocolos como guía de su actuación, postulamos un médico que sepa adaptarlos adecuadamente a cada caso y que, ante todo, sepa establecer una relación empática con el paciente, basada no solo en la utilización de la información dura, obtenida a través de los procedimientos diagnósticos que posibilita la tecnología avanzada, sino también en la información blanda, obtenida a través de la relación dialogal.

Además de un médico que analiza y calcula, queremos un médico que escuche. Más que acumular gran cantidad de información, el médico



**La tecnología abrirá no solo nuevas formas de diagnóstico y terapéutica sino nuevas relaciones entre el médico y el paciente**

**El médico usará la tecnología convenientemente en beneficio del paciente**



que queremos debe ser capaz de interpretarla, teniendo presente en todo momento aquello que se pregunta T.S. Eliot: “¿dónde está la sabiduría que hemos perdido en conocimiento?, ¿dónde está el conocimiento que hemos perdido en información?”

Debe ser, en suma, un médico que se preocupe tanto por la afectividad como por la efectividad; un médico que, más allá de establecer contratos con los pacientes, sea capaz de ganarse su confianza; y un médico que, además, sepa conciliar lo racional con lo relacional, teniendo claro que si lo racional sólo es mala medicina, lo relacional sólo ni siquiera es medicina.



**El médico sabrá escuchar  
antes que analizar y calcular,  
se preocupará tanto  
por la afectividad  
como por la efectividad,  
y se ganará la confianza  
del paciente**



## **2.4. Un médico responsable individual y socialmente**

El médico del futuro debe saber huir de los cantos de sirena que proclaman la posibilidad de conseguir un estado de salud perfecto y ser consciente de la limitada aportación de la Medicina, en general, y del médico, en particular, a la salud de la población y del individuo.

En este sentido, ha de saber limitar las expectativas de los individuos, en vez de estimularlas y acotar en su justo término los beneficios derivados de las propuestas de prevención, de promoción de la salud, de educación sanitaria y de diagnóstico precoz a través de los cribajes poblacionales.

Debe saber involucrar al paciente en la toma de decisiones conjuntas, orientadas a limitar la utilización de aquellas propuestas, aceptando las que hayan demostrado fehacientemente su utilidad y rechazando las que estén insuficientemente fundamentadas. Y en todos los casos, expondrá con claridad al paciente las limitaciones de la Medicina actual y la inevitabilidad de la misma enfermedad y de la muerte, de la que no debe rehuir hablar, en términos adaptados a cada caso y a cada circunstancia.

De hecho, es al médico a quién el paciente y sus allegados esperan oír hablar de la muerte con serenidad y respeto, pero sin reticencias ni tapujos. No hacerlo, dejándolo en manos de otros profesionales sanitarios, constituye una de las razones por las que la relación médico-enfermo se ve deteriorada y el papel del médico devaluado al de un técnico superior, que únicamente sabe aportar soluciones científico-técnicas.



**El médico será consciente de la limitada capacidad de la medicina frente a la salud y sabrá comunicarlo al paciente afrontando la inevitabilidad de la enfermedad y de la muerte**



## **2.5. Un médico que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema**

En un contexto caracterizado por unos recursos necesariamente limitados y por la superación de la clásica afirmación de que “la salud no tiene precio”, el médico ha de ejercer decididamente su papel de agente decisor prioritario en la utilización de los recursos sanitarios que el estado y los empleadores públicos y privados ponen a disposición de la población, evitando las derivaciones innecesarias y el uso abusivo e injustificado de las exploraciones y los recursos terapéuticos.

Esto comporta una responsabilidad dual o bifronte caracterizada, por un lado, por el papel racionador del médico en el uso de recursos y, por otro, por el de abogado del paciente ante las pretensiones de los agentes que anteponen el interés de la empresa, de la comunidad o del estado.

Éticamente este papel del médico de agente fiduciario del paciente, en base a la confianza que éste le deposita, siempre es prioritario pero, en la práctica, plantea problemas crecientes a medida que el médico trabaja como asalariado de los grandes empleadores públicos o privados, los cuales pretenden imponer sus políticas de reducción de costes a toda costa. Por lo cual, es absolutamente necesario que el médico actúe con prudencia y sensibilidad, buscando en todo momento un equilibrio razonable entre los beneficios individuales y comunitarios de sus actuaciones; que sepa trabajar conjuntamente con las asociaciones de pacientes; y que reciba todo el soporte de sus asociaciones profesionales, que son las que pueden actuar a modo de contrapoder del resto de agentes del sistema.



**El médico decidirá  
el uso de los recursos  
considerando los intereses  
del paciente y los del agente  
financiador y mostrará  
un equilibrio razonable  
entre costes y beneficios**



## **2.6. Un medico líder del equipo asistencial**

Al paciente afecto de alguna enfermedad crónica, incurable, el médico debe saber ofrecerle todo el soporte necesario para convivir con las limitaciones y discapacidades propias, aconsejándole y orientándole en todo momento acerca de las mejores opciones a elegir, huyendo de las propuestas milagreras y de la utilización inadecuada y abusiva de los procedimientos reparadores disponibles y de los servicios sanitarios en general. Es bueno recordar que, en un panorama de enfermos crónicos, un mayor frenesí asistencial no es necesariamente indicio de calidad sino que puede ser de todo lo contrario.

Para ello es necesario que entienda la necesidad de ofrecer una asistencia continuada, evitando en todo momento su fragmentación y discontinuidad, propias de la situación actual y cuyos efectos negativos tanto se dejan sentir en el sistema sanitario español.

En otro sentido, en esta situación el médico debe hacer gala de una gran capacidad de colaboración con otros profesionales sanitarios, que pueden ofrecer una ayuda especializada inestimable; para ello, ha de saber delegar funciones, trabajar en equipo y acotar su ámbito de actuación profesional. Además, ha de evitar convertir al paciente en un individuo dependiente propiciando, por el contrario, su autonomía y papel activo en el manejo de su proceso crónico invalidante.



**El médico sabrá liderar  
el proceso y el equipo  
asistencial**

**El médico ofrecerá  
una asistencia continuada  
evitando su fragmentación  
y discontinuidad**



## **2.7. Un médico competente, efectivo y seguro**

La sociedad otorga al médico la responsabilidad de ser quién establece normativamente qué es salud y qué es enfermedad. Por ello, el médico debe saber diferenciar razonablemente ambos campos y debe hacerlo con independencia, rechazando, si fuera el caso, las pretensiones de otros de convertir la salud en un producto de consumo y de ensanchar, con intereses espurios, el espectro de la enfermedad.

Asimismo, debe ser capaz de acotar sensatamente los riesgos derivados de los cada vez más numerosos factores de riesgo, evitando colaborar en la creación de una sensación de alarma permanente en el individuo, que le lleva a sobreutilizar los servicios sanitarios con el objetivo inalcanzable de eliminar los riesgos, muchos de los cuales son inherentes a la propia condición vital, y de prevenir situaciones que tienen escasa repercusión sobre la salud.

Debe ser, en suma, capaz de ayudar a los pacientes a superar sus temores existenciales, tan propios del individuo actual, y de evitar su desplazamiento hacia lo que Z. Bauman denomina “objetivos sustitutivos”, susceptibles de un abordaje científico-tecnológico.



**El médico delimitará salud  
y enfermedad sin convertir  
la salud en un producto  
de consumo**



## 2.8. Un médico honrado y confiable

En estrecha conexión con el punto anterior, el médico debe oponerse a los intentos de otros agentes de medicalizar en exceso la sociedad, con finalidades comerciales. Gracias a la confianza que ha de saber generar en el paciente, debe frenar el consumo innecesario de servicios, de tecnología y de medicamentos en beneficio del propio paciente.

De manera muy especial, ha de tomar conciencia de la necesidad de actuar con honradez y transparencia, evitando colaborar en actuaciones que los *lobbies* sanitarios llevan a cabo con finalidades meramente lucrativas, en las cuales el papel del médico deviene indispensable para legitimarlas ante la sociedad y el estado.

En este sentido, el médico individual, debidamente respaldado por sus asociaciones profesionales, debe establecer claramente los márgenes tolerables de actuación en situaciones en las que se dan inevitables conflictos de intereses, ante los cuales debe proceder a explicitarlos cuando no a evitarlos preventivamente.



**El médico actuará con honradez, transparencia y sin afán de lucro, resolviendo los conflictos de intereses sin influencias ajenas**



## 2.9. Un médico comprometido con el paciente y con la organización

En el nuevo contexto laboral en el que, en general, el médico ejerce su profesión, es indispensable que sepa adoptar unas actitudes claras de liderazgo inteligente y con capacidades múltiples, que le permitan hacer frente a las situaciones cambiantes. Es absolutamente necesario que entienda que el liderazgo debe ejercerse con convicción en primer lugar para que, luego, sea eventualmente reconocido por los demás.

Debe saber oponerse a la dejación de responsabilidades, tan propias del trabajo en equipo que caracteriza a las organizaciones complejas actuales. En su lugar, ha de exhibir unos elevados niveles de exigencia y de responsabilidad y una gran capacidad de colaborar con otros profesionales sanitarios en la consecución de los objetivos asistenciales, a quienes debe ver antes como *partners* que como competidores.

Debe, asimismo, hacer gala de unos elevados niveles de compromiso con la organización, más allá de sus reclamaciones de participación. Únicamente así podrá mantener sus pretensiones de autonomía en la regulación de su trabajo profesional y entablar una relación positiva con los gestores. En este sentido, ha de entender claramente que determinados componentes de gestión son consustanciales a su labor profesional y que ni puede ni debe rehuirlos, en aras de otras finalidades, debiendo poner en práctica, cuando sea pertinente, esquemas de autogestión, que posibiliten unos mayores niveles de autonomía.

Finalmente, debe entender que encontrar sentido al trabajo que realiza es su responsabilidad y que cuanto más perpetúa su estilo de vida victimista, más se convierte en un individuo frágil e indefenso, que va perdiendo su autoestima y en el que se van desdibujando progresiva e indefectiblemente sus perfiles profesionales, diluyéndose su capacidad de influencia sobre los demás y de exigir condiciones de trabajo adecuadas.



**El médico liderará  
las situaciones cambiantes  
con convicción  
y responsabilidad  
para ser reconocido  
por los demás  
y para conseguir  
los objetivos asistenciales**

**El médico se comprometerá  
con la organización  
y realizará las labores  
de gestión consustanciales  
con su labor profesional**



## 2.10. Un médico que vive los valores del profesionalismo

El médico debe vivir plenamente y a tiempo completo el ideario profesional, sin que ello suponga abdicar de su derecho al descanso y al ocio ni constituya un obstáculo insalvable para su vida familiar. Pero es necesario que, si quiere mantener o recuperar el sentido de su profesión, entienda que aquel ideario debe impregnar toda su vida.

Debe entender, asimismo, los componentes de elitismo y meritocracia que encierra el ideario del profesionalismo, opuestos a un igualitarismo mal entendido. El elitismo, lejos de suponer mayores privilegios, debe traducirse en niveles mayores de exigencia ético-profesional y de servicio, con primacía del altruismo sobre el egoísmo; y la meritocracia supone que, partiendo de niveles igualitarios en las oportunidades, cada uno alcance una posición distinta derivada únicamente de su esfuerzo y calificación, de la que deriven reconocimientos y compensaciones diferenciales. A este respecto, no está de más recordar que, como bien conocen los psicólogos y sociólogos, la igualdad que no reconoce diferencias es desmoralizante.

A partir de la formación básica y de especialidad, el médico debe entrar en un proceso de formación continuada a lo largo de su vida, que le permita alcanzar niveles óptimos de desarrollo profesional, de los que se derive una actualización competencial permanente, que se traduzca en unos niveles de calidad de acuerdo con los cánones científico-médicos y profesionales del momento. Por ello, ha de esforzarse por alcanzar niveles de excelencia y combatir el deterioro de la calidad, que trivializa la actuación y desvirtúa el ejercicio profesional.

Aquella formación y el desarrollo profesional continuo constituyen, ante todo, una responsabilidad ético-profesional del médico por más que, en el contexto laboral actual, deban complementarse razonablemente con las obligaciones del empleador. Olvidar esta evidencia contribuye poderosamente a deteriorar la imagen profesional.

En línea con lo anterior, debe reflexionar continua y críticamente sobre su actuación profesional, con objeto de mejorarla y ha de aceptar que,



**El médico vivirá plenamente  
y a tiempo completo el ideario  
profesional**

**El elitismo médico  
no será un privilegio sino  
la consecuencia  
de un mayor nivel  
de exigencia ético profesional  
y de servicio**



como postula el título del conocido informe del Instituto de Medicina, “errar es humano”; lo que le obliga a poner en práctica estrategias orientadas a aprender permanentemente de los errores para prevenirlos, evitando actitudes que, por un profesionalismo mal entendido, tiendan a ocultarlos.

Asumiendo claramente que debe rendir cuentas a la sociedad, el médico ha de aceptar la necesidad de que se regule su ejercicio profesional y ha de colaborar decididamente con sus asociaciones profesionales en este sentido, comprometiéndose activamente con el componente de autorregulación que comporta una regulación compartida. Asimismo, ha de aceptar con todas sus consecuencias la necesidad de que se introduzcan iniciativas de revalidación profesional, orientadas a autenticar periódicamente sus capacidades de ejercicio profesional y de competencia especializada, a las que no debe ver como amenazas sino como oportunidades.



**El médico rendirá  
cuentas a la sociedad,  
aceptará la regulación  
de su ejercicio profesional  
y colaborará con las entidades  
profesionales responsables  
de la autorregulación**





# CÓMO SUPERAR LA BRECHA

Si en los capítulos anteriores se diseñaron los perfiles del médico actual y las características deseables para el médico del futuro, en éste se establecen las recomendaciones a los distintos agentes involucrados en el sistema sanitario, con el objetivo de superar la brecha existente y poder atisbar un futuro mejor.



### 3.1. Responsables de la educación de grado

Puesto que, en buena parte, lo que será el médico en ejercicio se empieza a conformar en las Facultades de Medicina, es necesario que estas introduzcan modificaciones cualitativas y cuantitativas.

Se han de modificar los criterios de selección de candidatos, más allá de la simple nota de corte actual a partir del currículum de la enseñanza secundaria, para primar el perfil humano y vocacional orientado al ejercicio de la medicina.

Asimismo, han de modificarse los planes de estudio, balanceando los componentes técnicos y los humanos, muy especialmente la capacidad de comunicación, y fomentar la formación ética y el desarrollo del profesionalismo.

Se han de incorporar las nuevas metodologías de evaluación sumativa y formativa y deben reducirse los componentes especializados, centrándose en los más transversales. Pero, por encima de todo, debe inculcarse a los estudiantes el hábito de aprendizaje a lo largo de la vida (autoaprendizaje) y el sentido crítico (autoevaluación), introduciendo las metodologías educativas activas que fomentan el aprendizaje más allá de la actividad docente convencional. En este sentido, se ha de tender a que se haga realidad el *continuum* educativo, que evite los hiatos actuales entre las etapas de grado, de formación especializada y de formación médica continuada/desarrollo profesional continuo.

Deben actualizarse los criterios de selección y evaluación del profesorado y dar la importancia que se merece al denominado “currículum oculto”, por el que el estudiante incorpora pautas de comportamiento a partir de las de sus profesores/tutores más allá de los contenidos del currículum formal.

La duración de los estudios de grado puede reducirse razonablemente y debe procurarse una conexión de las Facultades de Medicina con el sistema sanitario y con las escuelas de preparación de otros profesionales sanitarios, a través de las que algunos postulan como Universidades de Ciencias de la Salud.



### 3.2. Responsables de la formación especializada

El período de educación de especialista constituye una etapa crucial para el troquelaje del perfil profesional del médico que va a ejercer. Por ello, todos los agentes involucrados en ella (Ministerios de Snidad y Educación, Comisión Nacional de Especialidades e instituciones sanitarias acreditadas para la docencia) deben tomar conciencia plena de su papel y proceder a las modificaciones necesarias.

Han de modificarse, por un lado, los criterios de selección de candidatos (examen MIR), en el sentido de tener más en cuenta el perfil competencial global del candidato y se han de aplicar cuanto antes los nuevos esquemas de troncalidad.

Por otro, en los planes de formación de especialistas no ha de descuidarse la formación sobre ética y profesionalismo médicos, así como los conocimientos relacionados con la gestión y el ejercicio práctico en el sistema sanitario español.

Deben asimismo, aplicarse las nuevas metodologías de evaluación sumativa y formativa e introducir nuevas metodologías de selección y evaluación de tutores. Con más énfasis, si cabe, que en la etapa de grado, debe dársele la importancia debida al “currículum oculto”, como elemento modelador definitivo del comportamiento profesional del futuro médico especialista.

Ha de promoverse, igualmente, el *continuum* educativo entre las etapas de grado, postgrado y formación médica continuada/desarrollo profesional continuo. Se puede contemplar la conveniencia de diferentes tipos de profesionales médicos, uno con perfil asistencial y otros más técnicos con perfiles más tecnológicos.

Y, por último, deben resistirse a las tentaciones de aceptar un número cada vez mayor de especialidades, que fragmentan la profesión e, insensible pero progresivamente, contribuyen a desfigurarla, asimilándola a un grupo ocupacional de técnicos superiores.



### 3.3. Empleadores

Los agentes empleadores, públicos y privados, de los médicos que trabajan en régimen asalariado o estatutario/funcionario, deberían emprender las necesarias reformas orientadas a optimizar la utilización de dichos médicos, partiendo de la base que constituyen un activo fundamental de conocimiento, más allá de ser unos simples empleados, y generando una cultura compartida que favorezca un entendimiento posible y necesario.

En este sentido, han de entender claramente que buena parte del conocimiento del profesional es de carácter tácito, difícil de enmarcar en los moldes del conocimiento explícito que sustenta los esquemas de normalización al uso. Y que, por otro lado, dicho conocimiento debe ser aplicado de forma discrecional, con objeto de ofrecer la mejor asistencia al paciente individual; lo que supone que el profesional calificado y excelente no necesariamente es aquel que sabe aplicar bien los protocolos y guías aceptados sino, más bien, el que sabe cuando no aplicarlo *sensu stricto* en beneficio del paciente.

Deben saber canalizar adecuadamente la capacidad de compromiso del buen profesional médico, ofreciéndole márgenes de autogestión suficientes y posibles dentro de los esquemas de gestión propios de la institución y posibilidades reales de ejercer su liderazgo. Han de saber adecuar los equipos asistenciales, con la participación de diversos profesionales sanitarios, a la realidad de cada institución, concediéndoles márgenes razonables de autonomía. Asimismo, deben adoptar sistemas flexibles y adaptados a cada situación de las condiciones laborales y tender a primar los resultados del trabajo bien hecho, por encima de la adecuación a las pautas y circuitos establecidos.

Teniendo en cuenta el abanico de intereses y prioridades en los que se mueve el buen profesional, han de ser capaces de introducir incentivos que vayan más allá de los meramente económicos y aprovechar sus motivaciones intrínsecas, no siempre coincidentes con las extrínsecas, sabiendo renunciar a las tentaciones intervencionistas de sistema, en beneficio de actuaciones más adaptadas a cada institución o situación concretas. En



este sentido, han de saber conciliar y aprovechar óptimamente las posibilidades que actualmente ofrecen la carrera profesional y el desarrollo profesional continuo, evitando contaminarlas mutuamente y confundirlas y han de introducir esquemas de diferenciación basados en la capacidad individual, el rendimiento, el compromiso y la excelencia. Si se quieren equilibrar razonablemente los objetivos de una reducción de costes y de una garantía de calidad, se requiere introducir una política mixta de incentivos y de pagos, que supere esquemas demasiado rígidos e igualitarios propios de sistemas funcionariales.

Deben, además, procurar que las condiciones en las que tiene lugar el trabajo del médico reúnan las garantías adecuadas de calidad y seguridad, asumiendo este compromiso como un deber ético institucional, complementario del deber ético profesional del médico. También han de saber diferenciar los componentes propios del desarrollo profesional individual del médico de los de las tareas de dirección o responsabilidad de equipos; mientras que aquellas discurren de forma continua en el tiempo, estas pueden hacerlo de forma discontinua o parcial.

Con objeto de garantizar la continuidad asistencial a la que el paciente tiene derecho, han de saber aprovechar las inmensas posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías y los nuevos esquemas de gestión del conocimiento, superando el anclaje exclusivo en la dedicación horaria del médico que, lógicamente, tiene sus límites. Y han de saber adecuar los equipos asistenciales, con la participación de diversos profesionales sanitarios, a la realidad de cada institución.



### 3.4. Asociaciones profesionales

Las asociaciones profesionales deben constituirse en líderes naturales de la profesión, para la que deben diseñar escenarios de futuro que posibiliten la superación de la cultura de la queja en la que mayoritariamente se halla anclada. Para ello, deben disponer de líderes capaces y proactivos, que estén dispuestos a asumir responsabilidades y riesgos.

Dichas asociaciones profesionales deben evolucionar hacia esquemas organizativos más profesionalizados, representativos y modernos, que las conviertan en verdaderos *think tanks* de la profesión. Y deben esforzarse al máximo para combatir la desvinculación de una gran parte de los médicos, que viven ajenos a las mismas, lo que contribuye grandemente a descapitalizarlas y restarles legitimidad.

Han de afrontar decididamente la regulación de los conflictos de intereses, que aparecen muy a menudo en la práctica profesional del médico y, por otro lado, han de elaborar políticas de gestión de los errores médicos, transparentes y comprometidas, poniéndose al frente del movimiento en pro de la calidad y la seguridad. En este mismo sentido, han de apostar decididamente por el compromiso con la formación médica continuada y el desarrollo profesional continuo de sus miembros, los cuales deben ser contemplados prioritariamente desde su vertiente de responsabilidad ético-profesional del médico.

Han de saber diferenciar lo más claramente posible sus distintos ámbitos de actuación, centrándose en las funciones propias de cada asociación (Colegios de Médicos y Sociedades Científicas, básicamente). Deben, asimismo, diferenciar sus competencias y actuaciones de las propias de las organizaciones sindicales, con objeto de potenciar los resultados finales evitando solapamientos y competiciones neutralizadoras.

Tales asociaciones, han de convertirse en catalizadoras de iniciativas conjuntas de los distintos entes profesionales médicos, tendentes a conseguir que la profesión hable con una sola voz en asuntos trascendentales. Y han de establecer alianzas con los otros agentes sanitarios, muy especialmente con las asociaciones de pacientes, que deben convertirse



en unos *partners* privilegiados en la mejora del sistema sanitario; pero deben establecerlas, asimismo, con otras profesiones sanitarias, con el mismo objetivo final.

De manera muy especial, han de abrirse a la colaboración necesaria con el gobierno, como agente regulador máximo, en el contexto del contrato social que les confiere legitimidad social. En este sentido, han de ser capaces de pactar los distintos ámbitos de regulación, en el marco de una regulación compartida, comprometiéndose decididamente a ejercer el ámbito propio de la autorregulación de manera transparente y efectiva.

Para ello, deben poner en práctica iniciativas de revalidación, en sus dos vertientes de relicencia/recolegiación (Colegios de Médicos) y de recertificación (Sociedades Científicas), que resulten aceptables por la mayor parte de sus miembros. Con este fin, tales iniciativas deben basarse prioritariamente en programas de soporte para las lagunas competenciales, inevitables con el paso del tiempo, huyendo de las pruebas de evaluación que puedan comportar pérdidas de estatus; a partir de este enfoque, los médicos las verán más como oportunidades que como amenazas.



### 3.5. Gobierno y Administraciones

El gobierno central y los gobiernos autonómicos ha de asumir su papel de agente regulador social por excelencia, diferenciándolo claramente, fundamentalmente en el caso de los gobiernos autonómicos, del papel de empleador de la gran mayoría de los médicos que trabajan en los servicios públicos de salud. En la práctica, este solapamiento de papeles genera muchas confusiones y malentendidos que suelen ir en detrimento de la capacidad reguladora, necesariamente neutral, y contribuyen a que el sistema sanitario en conjunto sea más rígido y burocratizado. Como ocurre en muchos de los países de nuestro entorno, el gobierno como tal ha de saber diferenciarse claramente de los órganos de gestión del sistema sanitario público, a los cuales debe conceder amplios márgenes de autonomía, que es bueno que sean reconocidos legalmente.

Como agente estatal regulador por excelencia, ha de saber delimitar las coordenadas de un marco de regulación compartida de la profesión, como el existente en España en la actualidad, pactando con los Colegios, como entidades de derecho público constitucional y legalmente reconocidas, los ámbitos propios de cada parte, exigiéndoles el adecuado cumplimiento de sus deberes. En todo caso, debe definir claramente la opción de regulación aceptada y atenerse a las consecuencias; lo que supone que si acepta aquella regulación compartida, debe abstenerse de intervenir en ámbitos como, por ejemplo, el de la evaluación de la competencia, genuinamente profesionales. Cualquier modificación del esquema vigente debe ser claramente definida y debidamente consensuada.

Sus papeles respectivos en las etapas de la formación de grado y especializada ya han sido debidamente contemplados en los apartados correspondientes.





**RECOMENDACIONES  
PARA LOS AGENTES  
IMPLICADOS**

## A. Formación de grado

Modificar los criterios de acceso de los candidatos al grado de medicina

---

Revisar los planes de estudio del grado de medicina adecuándolos a la formación especializada con el fin de cubrir mejor las necesidades de la sociedad

---

Utilizar las nuevas metodologías de evaluación tanto sumativa como formativa

---

Inculcar en el grado los valores del aprendizaje autónomo y de la autoevaluación

---

Promover una evaluación comprensiva de las diferentes labores del profesorado y tener presente esta evaluación en su selección y promoción

---

Incorporar los estudios de grado al *continuum* educativo

---

Valorar en los estudios de grado el "currículo oculto"

---



## B. Formación especializada

Modificar los criterios de selección de candidatos para el acceso a la formación especializada (examen MIR)

---

Adaptar, a las necesidades sociales, los planes de formación de especialistas

---

Incrementar el uso de las nuevas metodologías de evaluación sumativa y formativa

---

Valorar el "currículo oculto" con mayor relevancia que en el grado

---

Valorar la necesidad de crear nuevas titulaciones con competencias que requiere la sociedad.

---

Limitar el número de especialidades, favorecer la troncalidad y facilitar áreas de expertise con varias vías de acceso

---

## C. Empleadores

Reconocer el papel de los médicos como activo fundamental de conocimiento

---

Aceptar el carácter tácito y discrecional del conocimiento profesional

---

Adecuar a sus nuevas funciones los equipos asistenciales

---

Introducir esquemas de autogestión

---

Flexibilizar las condiciones laborales

---

Introducir incentivos no económicos

---

Aprovechar las posibilidades de la carrera profesional (CP) y del desarrollo profesional continuo (DPC)

---

Superar el igualitarismo de los sistemas funcionariales/ estatutarios

---

Garantizar el balance entre la mejor calidad posible y la máxima seguridad

---

Aprovechar los nuevos esquemas de gestión de conocimiento

---



## D. Asociaciones profesionales

Establecer alianzas con los demás agentes sanitarios

---

Colaborar con el gobierno, pactando los ámbitos de la regulación compartida

---

Introducir iniciativas de revalidación que sean posibles y razonables

---

Superar la “cultura de la queja”

---

Convertirse en verdaderos *think tanks*

---

Luchar contra la desvinculación de los profesionales

---

Regular los conflictos de intereses

---

Elaborar políticas de gestión de los errores médicos

---

Comprometerse en la Formación Médica Continuada (FMC) y el Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

---

Delimitar los diferentes ámbitos de actuación

---



## E. Gobierno y administraciones

Diferenciar claramente los papeles de regulador y empleador

---

Delimitar los ámbitos de regulación compartida

---

Los diferentes departamentos con competencias sobre la formación de grado y especializada deben coordinar con efectividad sus acciones en aras de conseguir el *continuum* educativo

---



# REFERENCIAS



## Referencias

1. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome Project. General competencies. Chicago: ACGME; 2007; <http://www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp> (accedido el 5 de julio de 2008)
2. American Medical Association. Initiative to transform medical education. Recommendations for change in the system of medical education. Chicago: AMA; 2007; <http://www.ama-assn.org> (accedido el 21 de febrero de 2008)
3. Angell M. The doctor as double agent. Kennedy Inst Med Ethics. 1993; 3: 279-86
4. Annison MH, Widford DS. Trust matters. New directions in health care leadership. San Francisco: Joosey-Bass Pub; 1998
5. Anónimo. La gestión de los errores médicos. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2002
6. Association of American Medical Colleges and National Board of Medical Examiners. Embedding professionalism in medical education. Assessment as a tool for implementation. Philadelphia: National Board of Medical Examiners; 2002; <http://www.nbme.org> (accedido el 11 de noviembre de 2005)
7. Barlett DL, Steele JB. Critical condition. How health care in America became big business and bad medicine. New York: Doubleday; 2004
8. Barómetro Sanitario 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008; <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSNS/informeAnual.htm> (accedido el 24 de julio de 2008)
9. Baroness JA. Medicine and professionalism. Arch Intern Med. 2003; 163: 145-9
10. Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care: NEJM. 1989; 320: 53-6
11. Borrell F, Epstein RM, Pardell H. Profesionalidad y *professionalism* : fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Med Clin (Barc). 2006; 127: 337-42
12. Bruguera M, Gual A. Retos del desarrollo profesional continuo y la regulación de la profesión. Educación Médica. 2006; 9: 193-200
13. Bruguera M, Pardell H. El desarrollo profesional continuo desde la perspectiva de los Colegios de Médicos. JANO. 2006; 1626: 60-3
14. Casado V. La formación de posgrado y el rol de los tutores en el desarrollo profesional continuo. JANO. 2006; 1626: 50-4
15. CEOMA, Universidad de los Pacientes, Foro Español de Pacientes y Fundación Salud, Innovación y Sociedad. El futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad. 2008
16. Cohen JJ. Linking professionalism to humanism: What it means, why it matters. Acad Med. 2007; 82: 1029-32
17. Comisión "Los valores de la Medicina del siglo XXI". Valores de la Medicina. Madrid: Organización Médica Colegial ; 2008
18. Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. Libro Blanco para la titulación de Medicina. Granada: Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina; Madrid; 2005; <http://www.um.es/medicina/lic-medicina/libro-blanco.pdf> (accedido el 20 de julio de 2008)

19. Conrad P. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable conditions. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007
20. Coulter A. Patients' view of the good doctor. Doctors have to earn patients' trust. *BMJ*. 2002; 325:668-9
21. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism : a contract between medicine and society. *CMAJ*. 2000; 162: 668-9
22. Cruess RL, Cruess SR. Renewing professionalism : An opportunity for medicine. *Acad Med*. 1999; 74: 878-84
23. Dent M, O'Neill M, Bagley C, editors. Professions, new public management and the European welfare state. Staffordshire: Staffordshire University Press; 1999
24. Department of Health. Aspiring to excellence. Sir John Tooke's Report. London: HMSO; 2008; [http://www.mmcinquiry.org.uk/MMC\\_FINAL\\_REPORT\\_REVD\\_4jan.pdf](http://www.mmcinquiry.org.uk/MMC_FINAL_REPORT_REVD_4jan.pdf) (accedido el 8 de abril de 2008)
25. Department of Health. Good doctors, safer patients. A report by the Chief Medical Officer. London: HMSO; 2006; <http://www.dh.gov.uk/cmo> (accedido el 31 de julio de 2006)
26. del Llano J, Polanco C, García Armesto S. ¿Todo para todos y gratis?. El establecimiento de prioridades en el sistema nacional de salud español. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2004
27. del Pozo A, Sánchez Bayle M. Los profesionales de la salud en España. Madrid: Fundación Sindical de Estudios; 2008
28. Dubos R. El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico. México: FCE; 1975
29. Ellis P. Have changes in the context of doctors work altered the concept of profession?. *Med Teacher*. 2004; 26: 529-33
30. Fundación Salud, Innovación y Sociedad, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Institut d'Estudis de la Salut. Futuro de la profesión médica: un reto para los profesionales. Barcelona: COMB; 2001
31. Gardner H. Las cinco mentes del futuro. Paidós: Barcelona; 2005
32. General Medical Council. Tomorrow's doctor. 2<sup>nd</sup> edition. London: GMC; 2002
33. General Medical Council. A license to practice and revalidation. London: GMC; 2003
34. General Medical Council. Good medical practice. 4th edition. London: GMC; 2006
35. Gérvas J. Prevención clínica, ¿sin límites?. *DM*. 15 mayo 2008, p. 4
36. Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA y Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 589-96
37. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med*. 2003; 56: 1453-68
38. González P, de Benedetto MAC, Ramírez I. El arte de curar: el médico como placebo. *Aten Primaria*. 2008; 40: 93-5



39. Gori R, Del Volgo M-J. La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris : Éditions Denoël ; 2005
40. Gracia D. Compromiso ético en el desarrollo profesional continuo. JANO. 2006; 1626: 20-5
41. Grossman DC, Valtin H, editors. Great issues for modern Medicine in the twenty-first century. New York: The New York Academy of Sciences; 1999
42. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizen. Public roles and professional obligations. JAMA. 2004; 291: 94-8
43. Gual A, Palés J, Pardell H, Oriol-Bosch A. Doctors in Spain. An old country, old and new structures, and a new future. Clin Teacher. 2005; 2: 59-63
44. Gual A, Rodríguez de Castro F. Objetivos del desarrollo profesional continuo. JANO. 2006; 1626: 26-9
45. Gual A. Médicos para el Espacio Europeo de Educación Superior. JANO. 2008; 1701: 10-1
46. Hafferty FW, Franks T. The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. Acad Med. 1994; 69: 861-71
47. Ham CH, Alberti KGMM. The medical profession, the public and the government. BMJ. 2002; 324: 838-42
48. Hernández JF. Propuesta de organización corporativa de la profesión médica. Madrid: Fundación Alternativas; 2008; <http://www.falternativas.org> (accedido el 18 de febrero de 2008)
49. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral; 1975
50. Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 1999
51. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press; 2001
52. Irvine D. The performance of doctors: the new professionalism. Lancet. 1999; 353: 1174-7
53. Irvine D. Professionalism: dead or alive?. Lancet. 2004; 364: 1479-80
54. Jovell AJ. Medicina basa en la afectividad. Med Clin (Barc). 1999; 113: 173-5
55. Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Barcelona: Fundació Josep Laporte. 2006; [http://www.fjlaporte.org/docs/informe\\_profesion\\_medica.pdf](http://www.fjlaporte.org/docs/informe_profesion_medica.pdf) (accedido el 24 de octubre de 2006)
56. Larson EB. Physicians should be civic professionals, not just knowledge workers. Am J Med. 2007; 120: 1005-9
57. le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. New York: Carroll & Graf Publishers; 1999
58. Levenson R, Dewar S, Shepherd S. Understanding doctors. Harnessing professionalism. London: King's Fund / Royal College of Physicians; 2008; <http://www.kingsfund.org.uk/publications> (accedido el 19 de junio de 2008)



59. Leyte MG. El nuevo médico. La inaplazable reforma de la formación de los profesionales de la salud. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1): S37-42
60. Loayssa JR, Ruiz R. Comportamiento profesional. Desde los dilemas y principios éticos a las actitudes, los valores y la disposición "virtuosa". Aten Primaria. 2006; 37: 510-3
61. Lupton D. The imperative of health. London: Sage; 1997
62. Martín Zurro A. Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el sistema sanitario español. JANO. 2006; 1626: 66-71
63. McKenna MK, Pugno PA. Physicians as leaders. Who, how, and why now?. Oxford: Radcliffe Pub; 2006
64. McKeon T. The role of medicine. Oxford: Blackwell; 1979
65. McKinlay JB, Arches J. Towards the proletarianization of physicians. Internat J Health Services. 1985; 15: 161-93
66. Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. Milbank Quarterly. 1996; 74: 171-89
67. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Ann Intern Med. 2002; 136: 243-6 (Versión española en: Med Clin (Barc). 2002; 118: 704-6)
68. Miller SH, Thompson JN, Mazmanian PE, Aparicio A, Davis DA, Spivey BE, Kahn NB. Continuing medical education, professional development, and requirements for medical licensure: A white paper of the Conjoint Committee on Continuing Medical Education. JCEHP. 2008; 28: 95-8
69. Moran M, Wood B. States, regulation and the medical profession. Buckingham: Open University Press; 1993
70. O'Neill O. Accountability, trust and informed consent in medical practice and research. Clin Med. 2004; 4: 269-76
71. Organización Médica Colegial. La profesión médica en España. Madrid: OMC; 2005
72. Oriol-Bosch A. Crisis del profesionalismo o solución de la crisis. En: Opinión Quiral. Sostenibilidad del sistema sanitario. Barcelona: Fundación Privada Vila Casas; 2001. 57-70
73. Oriol-Bosch A. Visión del médico del futuro. Madrid: Fundación Sanitas; 2004
74. Oriol-Bosch A, Pardell H, directores. La profesión médica. Los retos del milenio. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2005; <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7> (accedido el 1 de julio de 2005)
75. Oriol-Bosch A, Roma J. El desarrollo profesional continuo en el contexto del nuevo profesionalismo. JANO. 2006; 1626: 14-8
76. Oriol-Bosch A, Pardell H, Gual A. Ser médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Informe de la Fundación Educación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2006; <http://>



- [www.cgcom.es/sites/default/files/06\\_11\\_23\\_libro\\_ser\\_medico\\_hoy.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/06_11_23_libro_ser_medico_hoy.pdf) (accedido el 12 de diciembre de 2006)
77. Ortún V, González B, Barber P. Determinantes y manejo de las retribuciones médicas. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131(5): 180-83.
  78. Osler W. Un estilo de vida y otros discursos, con comentarios y anotaciones. Madrid: Fundación Lilly / Unión Editorial; 2007
  79. Palés J, Rodríguez de Castro F. Retos de la formación de grado. *Educación Médica*. 2006; 9: 159-72
  80. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica*. 2003; 6: 63-80
  81. Pardell H. De la acreditación de la formación médica continuada a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Sobre la regulación de la profesión médica en España. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122: 267-8
  82. Pardell H. ¿Es oportuno introducir la recertificación de los médicos en España?. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 344-7
  83. Pardell H. Desarrollo Profesional Continuo, ¿de qué estamos hablando? *Educación Médica*. 2008, 11: 53-6
  84. Pardell H. Formación de adultos, autonomía profesional y compromiso individual. *Rev Neurol*. 2008; 46: 225-9
  85. Pardell H. Sobre la regulación de la profesión médica. Situación actual y perspectivas de futuro en España. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:18-23
  86. Pardell H, Oriol-Bosch A, Gual A. Desarrollo profesional continuo, revalidación y regulación profesional. *JANO*. 2006; 1626: 76-80
  87. Pardell H, Pallarés L, Segura H. De la formación médica continuada al desarrollo profesional continuo. *JANO*. 2006; 1626: 30-3
  88. Pardell H, Gual A, Oriol-Bosch A. ¿Qué significa ser médico, hoy?. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 17-22
  89. Peiró S, Bernal E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. 2006; 20 (Supl 1): S110-6
  90. Pellegrino ED, Relman AS. Professional associations: Ethical and practical guidelines. *JAMA*. 1999; 282: 984-6
  91. Perona JL. Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica. Madrid: Círculo de la Sanidad; 2007
  92. Prather SE. The new health partners. Renewing the leadership of physician practice. San Francisco: Jossey- Bass Pub; 1999
  93. Rapport Berland. Cooperation des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Paris : Ministère de la Santé; 2003; <http://www.sante.gov.fr/htm/actu/berland/sommaire.htm> (accedido el 6 de agosto de 2008)
  94. Rodríguez JA. Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educación Médica*. 2004; 7: 2-8
  95. Rosen R, Dewar S. On being a doctor. Redefining medical professionalism for better



- patient care. London: King's Fund; 2004; <http://www.kingsfund.org.uk/publications> (accedido el 8 de marzo de 2005)
96. Roy Schwarz M. Misión de las facultades de medicina en el siglo XXI. JANO. 2008; 1701: 12-7
97. Rozman C. Universidades de Ciencias de la Salud: un modelo alternativo. JANO. 2008; 1701: 51-4
98. Salter B. The new politics of medicine. Hampshire: Palgrave Macmillan; 2004
99. Shore DA, editor. The trust crisis in healthcare. Causes, consequences and cures. Oxford: Oxford University Press; 2007.
100. Silverman ME, Murray TJ, Bryan CS, editors. The quotable Osler. Philadelphia: American College of Physicians; 2003
101. Skrabanek P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Díaz de Santos; 1999
102. Smith LG. Medical professionalism and the generation gap. Am J Med. 2005; 118: 439-42
103. Swich HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Acad Med. 2000; 75: 612-6
104. The OECD Health Project. Towards high-performing health systems. Paris: OECD; 2004
105. The Royal College of Physicians of London. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. London: RCPL; 2005; <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/docinsoc> (accedido el 14 de marzo de 2006)
106. Thompson E. Understanding medical regulation. A guide to good practice. London: HLSP Consulting; 2005
107. Tizón JL. ¿Cuánto de bioingeniería y cuánto de relación asistencial?. El futuro de la formación integral del médico. JANO. 2008; 1703: 54-6
108. Tizón JL. Entre la medicina y el biologismo. Sobre la formación integral del médico. JANO. 2008; 1704: 52-4
109. Trust, Assurance and Safety. The regulation of health professionals in the 21st Century. Presented to Parliament by the Secretary of State of Health. London: HMSO; 2007; <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/14/31/43/04143142.pdf> (accedido el 6 de marzo de 2007)
110. Tudor Hart J. A new kind of doctor. London: Merlin Press; 1998
111. Vázquez G, Alarcón ML. El reto del desempeño profesional en medicina. JANO. 2006; 1626: 72-5
112. Willis DP, ed. The changing character of the medical profession. The Milbank Quarterly. 1988; 66 (Suppl 2): S1-S225
113. Wolinsky FD. The professional dominance perspective revisited. The Milbank Quarterly. 1988; 66 (Suppl 2): S33-47
114. World Federation of Medical Education. Educación médica básica. Estándares globales de la WFEM para la mejora de la calidad. Educación Médica. 2004; 7 (Supl 2): S7-S25
115. World Federation of Medical Education. Educación médica de posgrado. Estándares



- globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica*. 2004; 7 (Supl 2): S26-S38
116. World Federation of Medical Education. Desarrollo profesional continuo (DPC) de los médicos. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica*. 2004; (Supl 2): S39-S52
117. Zarco J. Las sociedades científicas y el desarrollo profesional continuo. *JANO*. 2006; 1626: 56-9











# El médico del futuro



Soluciones pensando en ti