

MONOGRAFÍAS

HUMANITAS

7

LA PROFESIÓN MÉDICA: LOS RETOS DEL MILENIO

Directores Invitados:

Albert Oriol Bosch

Helios Pardell Alenta



FUNDACIÓN MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

MONOGRAFÍAS HUMANITAS



Pau Casals 22, 6º.
08021 Barcelona.
Tel.: 93 240-23-25.
Fax: 93 240-23-24.
e-mail: fundacion@fundacionmhm.org
<http://www.fundacionmhm.org>

Presidente
José Antonio Dotú

Vicepresidente
Edgar Dotú Font

Secretario
Agustín Jausás Martí

Vocales
Mario Foz Sala
Círil Rozman

Director Científico
Mario Foz Sala

Gerente de Gestión
Ana María de las Heras

Gerente Editorial
Fco. Javier Ruiz

Director Administrativo
Àlex Borràs

Director Artístico
Vicente Olmos

MONOGRAFÍAS HUMANITAS

Publicación trimestral de carácter monográfico.

Editada por «Fundación Medicina y Humanidades Médicas»

© Copyright 2004 Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Suscripciones: Fundación Medicina y Humanidades Médicas

Pau Casals 22, 6º. 08021 Barcelona.
Tel.: 93 240-23-25. Fax: 93 240-23-24.
e-mail: fundacion@fundacionmhm.org - <http://www.fundacionmhm.org>

Tarifa de suscripción:

(un año, 4 monografías regulares más una extraordinaria + acceso a edición electrónica en Internet)

ESPAÑA

	Personal	Institucional
Normal	100 €	120 €
Oferta lanzamiento	80 €	100 €
Renovación	75 €	90 €
MONOGRAFÍA SINGULAR		25 €

(Canarias, Ceuta y Melilla menos 4% IVA)

INTERNACIONAL

Correo	Personal	Institucional
Superficie todo el mundo	120 €	150 €
Aéreo Europa	135 €	170 €
Aéreo resto del mundo	150 €	190 €
MONOGRAFÍA SINGULAR		30 €

Preimpresión: Fotoletra, S.A.

Impresión: Rotographik, S.A.

Santa Perpetua de Mogoda (Barcelona), España

Depósito Legal: B-47.934-2003

ISSN: 1697-1663

LOPD

Cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 del 13 de diciembre, referida a la protección de datos de carácter personal, le informamos que su nombre, dirección, profesión y especialidad que ejerce forman parte del fichero automatizado de esta Fundación sin ánimo de lucro. Si usted deseara ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación puede efectuarlo dirigiéndose por escrito a esta Fundación.



Patronato

Junta Directiva

D. José A. Dotú Roteta (*Presidente*)
D. Edgar Dotú Font (*Vicepresidente*)
D. Agustín Jausàs Martí (*Secretario*)
Prof. Mario Foz Sala (*Vocal*)
Prof. Ciril Rozman (*Vocal*)

Patronos

Dr. Ricardo Alonso-Barajas Martínez
Prof. Antonio Bayés de Luna
Prof. Miquel Bruguera Cortada
Prof. Rafael Carmena Rodríguez
Dr. Pere Gascón Vilaplana
Dr. Amando Martín Zurro
Prof. Evelio J. Perea Pérez
Dr. Josep M.^a Piqué Badia
Prof. Celestino Rey-Joly Barroso
D. Antonio Rodríguez Escobar
Prof. José M.^a Segovia de Arana
Prof. Josep Terés Quiles
Prof. Miquel Vilardell Tarrés
Prof. Juan José Zarranz Imirizaldu

MONOGRAFÍAS

HUMANITAS

Director

Mario Foz Sala

Consejo Editorial

Francesc Abel i Fabre (*Barcelona, España*)
Carlos Alonso Bedate (*Madrid, España*)
Rafael Argullol Murgadas (*Barcelona, España*)
Carlos Ballús Pascual (*Barcelona, España*)
Juan Pablo Beca Infante (*Santiago, Chile*)
Margarita Boladeras Cucurella (*Barcelona, España*)
Francesc Borrell Carrió (*Barcelona, España*)
Marc Antoni Broggi i Trias (*Barcelona, España*)
Victoria Camps Cervera (*Barcelona, España*)
Arachu Castro (*Boston, EEUU*)
Josep María Comelles Esteban
(*Tarragona, España*)
Adela Cortina Orts (*Valencia, España*)
Azucena Couceiro Vidal (*Madrid, España*)
James F. Drane (*Edinboro, EEUU*)
Susan M. DiGiacomo (*Amherst, EEUU*)
Josep Egozcue Cuixart (*Barcelona, España*)
Dietrich von Engelhardt (*Lübeck, Alemania*)
Sergio Erill Sáez (*Barcelona, España*)
Juan Esteva de Sagrera (*Barcelona, España*)
Anna García Altés (*New York, EEUU*)
Omar García Ponce de León (*Cuernavaca, México*)
Henk ten Have (*Nijmegen, Holanda*)
Héctor Jausás Farré (*Barcelona, España*)
Albert R. Jonsen (*San Francisco, EEUU*)
Arthur Kleinman (*Boston, EEUU*)
Juan Ramón Lacadena Calero (*Madrid, España*)

José Lázaro Sánchez (*Madrid, España*)
Pablo Lázaro y de Mercado (*Madrid, España*)
Fernando Lolás Stepke (*Santiago, Chile*)
Guillem López Casasnovas (*Barcelona, España*)
José María López Piñero (*Valencia, España*)
Alfonso Llano Escobar, S.J. (*Santafé de Bogotá, Colombia*)
José A. Mainetti (*Buenos Aires, Argentina*)
Eduardo Menéndez (*México, D.C., México*)
Jesús M. de Miguel (*Barcelona, España*)
Enrique Miret Magdalena (*Madrid, España*)
Luis Montiel Llorente (*Madrid, España*)
Vicente Ortún Rubio (*Barcelona, España*)
Marcelo Palacios (*Gijón, España*)
José Pardo Tomás (*Barcelona, España*)
Edmund D. Pellegrino (*Washington, EEUU*)
Cristóbal Pera (*Barcelona, España*)
Enrique Perdiguer Gil (*Alicante, España*)
José Luis Peset (*Madrid, España*)
Oriol Romaní Alfonso (*Tarragona, España*)
Carlos María Romeo Casabona (*Bilbao, España*)
Javier Sánchez Caro (*Madrid, España*)
Miguel Ángel Sánchez González (*Madrid, España*)
Hans-Martin Sass (*Bochum, Alemania*)
Bernat Soria Escoms (*Alicante, España*)
María Luz Terrada (*Valencia, España*)
Carmen Tomás-Valiente (*Valencia, España*)

MONOGRAFÍAS HUMANITAS

Títulos publicados

Envejecimiento

Dolor y sufrimiento en la práctica clínica

Evidencia científica, atención sanitaria y cultura

Investigación en células troncales

Uso de drogas y drogodependencias

Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización

Profesión médica: los retos del milenio

Próximos títulos

Seguridad clínica

Nutrigenética y nutrigenómica

MONOGRAFÍAS

HUMANITAS

7

LA PROFESIÓN MÉDICA: LOS RETOS DEL MILENIO

Colaboran en esta Monografía

Jaume Aubia

Médico. Ex-Director General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo español. Madrid (España).

Jordan J. Cohen

Presidente. Association of American Medical Colleges. Washington, D.C. (USA)

Alejandro Cravioto

Profesor de Microbiología y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México D.F. (México).

Richard L. Cruess

McGill University. Centre for Medical Education. Montreal, Quebec (Canadá)

Sylvia R. Cruess

McGill University. Centre for Medical Education. Montreal, Quebec (Canadá).

Michael Eraut

Professor of Education. Institute of Education. University of Sussex. Falmer, Brighton (Reino Unido).

Equipo FEM

Fundación Educación Médica. Barcelona (España)

Mario Foz

Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona (España)

Donald Irvine

Ex-presidente, General Medical Council del Reino Unido. Presidente, Picker Institute Europe. Oxford (Reino Unido).

Albert J. Jovell

Presidente del Foro Español de Pacientes. Director General de la Fundació Biblioteca Josep Laporte. Profesor Asociado Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona (España).

Amando Matín Zurro

Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Salut i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona (España)

Pere Monràs

Helix3c Consultora, S.L. Barcelona (España).

Albert Oriol Bosch

Catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Helios Pardell

Presidente de la Comisión de Acreditación Colegial. Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. Barcelona (España).

Secretario Ejecutivo. Consejo Catalán de Formación Médica Continuada (CCFMC). Barcelona (España)
Director Técnico. Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC). Madrid (España).

Joan Prat Corominas

Profesor titular de Fisiología de la Facultad de Medicina, Vicerrector de Qualitat i Planificació. Universitat de Lleida. Lleida (España).

Jordi Roma

Helix3c Consultora, S.L. Barcelona (España).

María Sánchez

Helix3c Consultora, S.L. Barcelona (España).

MONOGRAFÍAS HUMANITAS

7

LA PROFESIÓN MÉDICA: LOS RETOS DEL MILENIO

Directores Invitados

Albert Oriol Bosch y Helios Pardell Alenta

Presentación <i>Albert Oriol Bosch y Helios Pardell Alenta</i>	1
Teoría de las profesiones. La Medicina como paradigma de profesión preeminente <i>Jordan J. Cohen</i>	5
El nuevo profesionalismo médico: una ideología expresada en conductas <i>Helios Pardell</i>	11
La historia natural de la profesión médica vista por un paciente <i>Albert Jovell</i>	23
El credencialismo como garantía de calidad en el contexto social. Relaciones con el profesionalismo médico <i>Richard L. Cruess y Sylvia R. Cruess</i>	33
Conocimiento profesional en la práctica <i>Michael Eraut</i>	47
La formación de los profesionales médicos <i>Equipo FEM</i>	69
Nuevas orientaciones en los programas universitarios de preparación de profesionales médicos <i>Joan Prat y Albert Oriol Bosch</i>	85
Acreditación individual: recertificación, revalidación, relicencia <i>Donald Irvine</i>	99
La dialéctica entre la Medicina Interna y las otras especialidades médicas desde la perspectiva profesional <i>Mario Foz</i>	113

MONOGRAFÍAS

HUMANITAS

7

LA PROFESIÓN MÉDICA: LOS RETOS DEL MILENIO

Los profesionales en el seno de las organizaciones complejas <i>Pere Monrás, María Sánchez y Jordi Roma</i>	129
Las organizaciones profesionales médicas en España desde la perspectiva de la Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias (LOPS) <i>Jaume Àubia</i>	145
Profesionalismo y asociaciones profesionales en el contexto latinoamericano <i>Alejandro Craviotto</i>	157
La regulación de las profesiones sanitarias en un nuevo contexto social. La experiencia de Cataluña <i>Amando Martín Zurro</i>	169



PRESENTACIÓN

ALBERT ORIOL BOSCH Y HELIOS PARDELL

Directores Invitados

A medida que los desarrollos tecnológicos y los trazos esenciales del ideario posmoderno se han ido anclando más y más profundamente, tanto la sociedad en su conjunto como el individuo en particular se han ido moldeando de acuerdo con ellos y han ocurrido trascendentales cambios en el panorama social y en el perfil caractereológico del hombre de hoy, ampliamente estudiados por los científicos sociales de todo el mundo.

Puesto que aquellos desarrollos ponen al alcance de todo el mundo la información que hasta hace poco era coto reservado del experto y algunos de aquellos trazos enfatizan la intrascendencia de la trayectoria vital, de la coherencia, del compromiso, del elitismo y de la autoridad, uno de los ámbitos en los que más se manifiestan los cambios es en el de las profesiones, las cuales, desde su formulación ideológica allá por el siglo XIX y su plena implantación social en este mismo siglo y en el siguiente, se han venido caracterizando, precisamente, por hacer gala de algunas de las características que acabamos de enunciar.

Dentro del amplio mundo de las profesiones, ha sido en el caso de las que tradicionalmente se han venido considerando como “profesiones dominantes” donde con más

dramatismo se ha venido a asentar esta nueva visión del mundo. Y entre ellas la profesión médica ha ocupado desde siempre un papel central, en razón de su dedicación a asuntos tan trascendentales para las sociedades y los individuos como la vida y la muerte.

De ahí que las turbulencias se han manifestado en ella con toda intensidad, condicionando una situación de crisis, con componentes objetivos indudables y otros de carácter subjetivo, que la propia profesión médica percibe con mayor dramatismo, si cabe, emitiendo pronósticos marcadamente pesimistas y augurando un declive imparable de la profesión.

Por todo ello, en los últimos lustros, la cuestión del profesionalismo médico viene acaparando la atención de la literatura internacional sobre sociología de las profesiones y sobre distintos ámbitos del mundo científico-médico. Este interés deriva de las profundas transformaciones que acabamos de mencionar, que han trastocado intensamente el papel tradicional del médico, abocándolo a una situación que no sólo él, sino amplios sectores sociales, viven con gran desazón, al contemplar cómo los gobiernos por un lado y el mercado por otro se van adueñando del



campo de la asistencia sanitaria, con una evidente relegación del genuino papel protagonista del profesional.

Como en tantos otros casos, ha sido la literatura anglosajona la que ha tomado decididamente la iniciativa, y tanto en España como en el mundo hispánico vamos sensiblemente rezagados, siendo muy raras cuando no testimoniales las iniciativas llevadas a cabo.

Por ello, hemos creído oportuno preparar esta monografía en la que hemos procurado incluir los temas más candentes relacionados con el profesionalismo médico, no sólo con fines meramente descriptivos y analíticos sino, además, para ofrecer una perspectiva de futuro, que permita encarar los retos con un más amplio soporte argumental e ideológico.

Porque, efectivamente, en la mayoría de países del mundo occidental la profesión médica se halla en una encrucijada vital, a la que debe hacer frente con mentalidad proactiva y abierta, si quiere seguir manteniendo su naturaleza y continuar gozando del estatus que la sociedad y los gobiernos le confirieron hace dos siglos y que, hoy por hoy, está cuestionado. Y para ello, preciso es que se arme de nuevos argumentos y adopte nuevos compromisos que la hagan insustituible a los ojos de la sociedad, la única que le puede conferir todas las prerrogativas propias de una profesión.

Para este propósito, hemos tenido la inmensa fortuna de poder contar con un elenco de personalidades nacionales e internacionales que son referentes indudables en los di-

versos ámbitos que analizan y que aparecen asiduamente en las páginas de las publicaciones internacionales más prestigiosas y, además, han estado o están en el epicentro de algunas iniciativas que han marcado época en los países en los que se han llevado a cabo.

En el primer capítulo, el Dr. J. Cohen compendia los trazos fundamentales del ideario profesional y sus formulaciones actuales, a la luz de los cambios de que hablábamos al principio, adentrándose en la nueva formulación que diversas instituciones han sugerido.

En relación con el contenido de este capítulo, en el siguiente, uno de nosotros (HP) analiza las estrategias que los profesionales y sus organizaciones deben llevar a cabo para conseguir que el ideario profesional sea algo más que una formulación teórica para pasar a convertirse en un comportamiento empírico, que contribuya decididamente a redefinir los componentes esenciales del nuevo contrato social, que decididamente debe establecerse entre la profesión y el gobierno, como representante genuino de la sociedad.

Una tendencia relativamente moderna y de una importancia extraordinaria, como la participación activa de los pacientes en los sistemas sanitarios y en los planes asistenciales y preventivos, es detalladamente contemplada por el Dr. A. Jovell, en el capítulo siguiente, ofreciendo algunas ideas para introducirla en nuestro medio con mayor intensidad, como ya ha ocurrido en distintos países de nuestro entorno.

Los Dres. R. y S. Cruess desmenuzan didácticamente las modalidades de uno de los



PRESENTACIÓN

componentes fundamentales del ideario profesional, el credencialismo, introduciendo los elementos fundamentales de la acreditación de programas y de instituciones, así como las iniciativas de revalidación-recertificación de los médicos, que se discuten más adelante.

M. Eraut hace una profunda e interesante discusión de las modalidades de conocimiento que el profesional tiene a su disposición y que, por otro lado, constituyen un elemento cabal de su ideario, adentrándose en un campo tan apasionante como el del conocimiento tácito, tan poco conocido y valorado en el mundo académico y médico profesional de hoy.

En el siguiente capítulo, el equipo FEM, liderado por uno de nosotros (AO), contempla la situación y las expectativas futuras de los programas de formación de pregrado, posgrado y continuada de los médicos, en base a las formulaciones realizadas, entre otras instituciones de reconocido prestigio, por la Federación Mundial de Educación Médica, con objeto de adecuarlos mejor a las necesidades que la nueva situación ha hecho emerger.

A continuación, J. Prat y A. Oriol Bosch abordan los cambios que deben introducirse o se están introduciendo ya en los planes de estudio de las facultades de Medicina, para conseguir que los médicos futuros salgan mejor preparados para hacer frente a los nuevos retos, según se contempló en un capítulo anterior de esta monografía.

La de D. Irvine, en el siguiente capítulo, constituye una aportación cualificada de pri-

mera mano sobre la experiencia internacional, básicamente del Reino Unido, acerca de la introducción de iniciativas de revalidación, recertificación y relicencia profesional, sobre las que tanta confusión y recelos existen en nuestro medio y sobre las que con tanta perentoriedad debemos adoptar alguna decisión, si queremos superar con éxito los desafíos pendientes, diseñando un nuevo marco de regulación de la profesión más acorde con la nueva situación social.

M. Foz, en el capítulo siguiente, analiza de manera pormenorizada la influencia de la aparición de las especialidades y subespecialidades sobre el ideario profesional y contempla las iniciativas más recientes para encauzar de forma más razonable la situación a la que los sistemas sanitarios de todos los países desarrollados deben hacer frente, no sólo en términos de efectividad sino también de eficiencia.

Las características del trabajo de los profesionales médicos en el seno de las organizaciones complejas de hoy día son estudiadas por P. Monrás y colaboradores, señalando los retos que plantean a la profesión en conjunto y a los profesionales a título individual, así como las enormes posibilidades que les brindan si saben manejar adecuadamente los distintos ámbitos en los que se mueven y en los que asumen (deben asumir) responsabilidades.

El nuevo marco normativo instaurado con la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), un hito histórico para el mundo profesional español, es analizado por J. Aubia, que tan central-



mente participó en su preparación y aprobación, desde su alta responsabilidad en el Ministerio de Sanidad y Consumo. El texto legislativo analizado puede servir de modelo para otros países en los que las profesiones sanitarias se enfrentan a retos semejantes.

A. Craviotto realiza un comprensivo análisis de la situación en el mundo lationamericano, haciendo aportaciones relevantes para encauzar los pasos que algunos de los países de aquel entorno deben llevar a cabo si quieren superar con éxito los nuevos retos que se les plantean, a imagen y semejanza de lo que ha ocurrido en tiempos relativamente recientes en otros países económicamente más desarrollados.

Y en el último capítulo, A. Martín Zurro realiza una pormenorizada descripción de las iniciativas actualmente en curso en Cataluña, a raíz de la preparación del Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias, cuyos trabajos han discurrido en paralelo y han tenido más de una imbricación con los de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias antes mencionada.

No dudamos que todas estas aportaciones de primera línea han de contribuir a vitalizar el debate sobre una cuestión tan trascendental para el mundo profesional médico de nuestro país y de los países del mundo lationamericano, posibilitando un mejor posicionamiento de los profesionales y sus organizaciones en el panorama cambiante en el que se hallan inmersos, así como una reorientación de sus programas de actuación para encontrar una salida razonable a los múltiples problemas que les acechan.

Finalmente, no queremos dejar pasar la oportunidad de agradecer a la Fundación Medicina y Humanidades Médicas su esfuerzo y apoyo para que esta monografía viera la luz, contribuyendo así a que los médicos españoles y latinoamericanos, sus organizaciones profesionales y todos aquellos estudiosos interesados en el tema del profesionalismo médico dispongan de un material de primera calidad, como viene siendo la tónica en la colección de monografías que tan acertadamente viene editando en los últimos años.



TEORÍA DE LAS PROFESIONES. LA MEDICINA COMO PARADIGMA DE PROFESIÓN PREEMINENTE

JORDAN J. COHEN, M.D.

Presidente. Association of American Medical Colleges. Washington, D.C. (USA).

Introducción

¿Cómo pueden los individuos que desarrollan una profesión ser diferentes a quienes eligen otros tipos de trabajo? ¿Es realmente posible establecer una distinción clara entre el trabajo profesional y el no profesional? La respuesta es seguramente, sí. Quizás el análisis más académico sobre la cuestión se encuentre en un libro reciente de Eliot Freidson titulado *Professionalism, The Third Logic*¹. Según Freidson, la gran variedad de trabajos requeridos por las complejas sociedades modernas puede, en un contexto idealizado y teórico, ser oportunamente dividida en tres grandes categorías, de acuerdo con el tipo de conocimiento utilizado para llevar a cabo cada trabajo.

La primera categoría ideada comprende el trabajo que puede desarrollarse a partir del

conocimiento ordinario, accesible a prácticamente todo el mundo en la sociedad. Se necesita una pequeña cantidad de educación formal para llevar a cabo este tipo de trabajo no especializado. La mayor parte del trabajo que incluso una economía moderna necesita que se realice entraría en esta categoría.

La segunda categoría engloba el trabajo que requiere un conocimiento más específico y por lo general una educación o formación más formal. Este es el típico trabajo de una empresa organizada o de un estamento burocrático, y los deberes coligados pueden a menudo ser descritos en el marco de un perfil laboral formal. El trabajo de este tipo requiere, por lo general, amplios conocimientos prácticos de labores concretas, que son a su vez específicas de una empresa o industria determinada.

La tercera categoría comprende el trabajo que requiere un conocimiento profundo y un grado de comprensión que sólo puede alcanzarse a través de un largo proceso de educación formal. El acceso a este tipo de trabajo queda restringido a las personas que puedan acreditar haber alcanzado el grado de conocimientos y habilidades necesarios para cumplir

Como presidente y CEO de la Association of American Medical Colleges, el Dr. Jordan J. Cohen es uno de los principales defensores de la medicina académica en los Estados Unidos. Su objetivo, así como el de la Asociación, es el de mejorar la salud de las personas mediante la mejora de la eficacia de las facultades de medicina y de los hospitales docentes.



los estándares establecidos por quienes ya están posicionados para desempeñar de manera sobresaliente ese trabajo. Quizás, el rasgo más distintivo de esta categoría de trabajo es el requisito de personas acreditadas a las que se evalúa de manera discrecional y una por una. Estos son los rasgos que definen una profesión en la estructura teórica de Freidson.

La medicina como profesión paradigmática

La medicina es, por muchas razones, la profesión que más se acerca al modelo idealizado de Freidson. A mediados del siglo XX, en la mayoría de las sociedades occidentales la profesión médica había alcanzado un estatus sin parangón por encima de otros tipos de profesiones, y es bien cierto que a menudo se ha hablado de ella como de una «vocación» más que de una ocupación.

¿Qué hay del estatus distinguido del que goza la medicina? La respuesta a esta cuestión comienza por el reconocimiento de una de las verdades más fundamentales e invariables sobre la condición humana: la gente se pone enferma y experimenta una profunda necesidad de ser ayudada. Pocos rasgos de la naturaleza humana son más poderosos que el instintivo grito de pedir ayuda ante la presencia de un daño o de una enfermedad. Como respuesta a esta demanda instintiva, las sociedades humanas, desde el comienzo de la historia, han colocado en una posición aparte a sus «sanadores», una clase de personas que tienen (o se ha percibido que tie-

nen) el conocimiento y la experiencia especiales para hacer frente a la enfermedad-salud y tratar al enfermo. Dadas la desesperación y desvalimiento que a menudo acompañan a la enfermedad, a las personas a las que se otorga la responsabilidad de actuar de sanadores se les trata por lo general con gran deferencia, aun cuando sus métodos curativos no se hayan mostrado eficaces.

A medida que el conocimiento científico y las tecnologías evolucionaron, la clase de los «sanadores» se vio fortalecida. La distancia entre el grado de conocimiento y competencia de sus miembros y los del gran público se amplió significativamente. Además, los remedios al alcance de los sanadores fueron siendo cada vez no sólo más útiles, sino también más peligrosos. Como consecuencia de ello, las sociedades avanzadas se encontraron frente a una urgente necesidad, la de asegurar que quienes estaban en posesión de conocimientos especializados (p.ej., los médicos) utilizaran su experiencia, en primer lugar, en beneficio de la gente (y de los pacientes), y no en el suyo propio.

En las sociedades más modernas, fue el desarrollo de una «profesión» médica lo que dio respuesta a esta necesidad de seguridad. Para garantizar esa seguridad, empezó a haber cierto grado de supervisión gubernamental plasmada en forma de leyes y regulaciones (p. ej., licencias), como un elemento importante para el control de la profesión médica. De manera similar, muchos países han venido confiando, hasta cierto punto, en las fuerzas del mercado (p. ej., las opciones de compra de los consumidores), para ase-



gurar que se respeten los intereses del público. Pero de vital importancia en este sentido, especialmente en las sociedades occidentales, ha sido el compromiso voluntario de los médicos, como miembros de una profesión, de poner los intereses de sus pacientes por encima del suyo propio. Ése es el compromiso que conforma la esencia, la prueba de fuego, del profesionalismo.

Profesionalismo médico

El origen del profesionalismo médico se remonta al menos a la Antigua Grecia. El Juramento Hipocrático, alguna versión del cual se entrega hoy en día a muchos estudiantes de medicina, emplaza a los médicos a actuar siempre en el interés de sus pacientes. El significado concreto del profesionalismo médico ha evolucionado a través del tiempo, y a menudo se conceptúa hoy en día como un «contrato social». A través de este acuerdo, la sociedad y la profesión médica mantienen un entendimiento mutuo por el que la profesión y sus miembros prometen defender la primacía del interés del público y de los pacientes. A cambio, la sociedad concede a la profesión una gran potestad en cuanto a determinar cuál es la mejor manera de alcanzar el objetivo de gozar de un óptimo estado de salud. El contrato aboga por que la profesión profundice su conocimiento vital a través de la investigación, transmita ese conocimiento y habilidad a las generaciones subsiguientes, y refuerce y establezca sus propios estándares. La profesión médica cumple con sus obliga-

ciones al asegurar que los médicos sean fieles a los principios del profesionalismo.

Una declaración de profesión médica

Una articulación contemporánea de la ética del profesionalismo fue publicada con el título de *A Physician Charter* en 2002 por un grupo internacional de organizaciones médicas que comprende la American Board of Internal Medicine Foundation, la American College of Physicians Foundation, y la European Federation of Internal Medicine². El estatuto identifica tres principios fundamentales que subyacen al profesionalismo, dos de ellos, la primacía del bienestar del paciente y la autonomía del mismo, representan reafirmaciones de los antiguos principios hipocráticos; el tercero, la justicia social, refleja la creciente importancia que se otorga a promover la distribución equitativa de los recursos sanitarios y de expandir el acceso a y la calidad de los mismos en el mundo de hoy. La mencionada declaración dispone con algún detalle un conjunto de responsabilidades profesionales que comprende los compromisos que deben adquirir los médicos para cumplir con sus deberes desde la perspectiva del contrato social de la medicina.

En la era moderna, con su cada vez más costoso y complejo sistema sanitario, no se puede confiar sólo en el profesionalismo para dar respuesta a las necesidades de la sociedad. Como apuntaba anteriormente, prácticamente todos los países han caído en la cuenta de que, para conseguir las ventajas



únicas que presenta una profesión con un buen funcionamiento, gobernada por un contrato social, es necesario que se combine en cierta medida el control gubernamental y condiciones de libre mercado. Al mismo tiempo, pocos pondrían en duda que un sistema en el que los médicos aspiran a hacer honor a los principios del profesionalismo tenga el mayor potencial para mantener la salud pública y cuidar de las personas que caen enfermas.

Retos del profesionalismo médico

A pesar de su gran valor social, el cumplimiento de las responsabilidades derivadas del profesionalismo ha comportado siempre retos difíciles para los médicos, quizás nunca tanto como en estos comienzos del siglo XXI. Pueden citarse diferentes tipos de retos:

- La naturaleza humana. Los seres humanos, como prácticamente todos los animales, tienen un enorme instinto de autoprotección. Miles de millones de años de evolución nos han dotado de un fuerte instinto para «mirar de ser el número uno». Eliminar esos instintos por el interés de actuar en interés de los demás, como requiere el profesionalismo, puede resultar excesivamente difícil.
- Las grandes tentaciones. El alto grado de autonomía concedido a los médicos, junto con la gran distancia que separa los conocimientos de los médicos y los de un pa-

ciente típico, conceden a los médicos innumerables oportunidades para tomar decisiones al servicio de su propio interés, violando el principio del profesionalismo de dar siempre preferencia al interés del paciente. Además, estas decisiones se toman por lo general en el marco de la privacidad de la relación médico-paciente, dentro de la que pueden quedar a cubierto del escrutinio público. Por tanto, la tentación de aprovechar estas oportunidades en beneficio propio exige una excepcional firmeza por parte de los médicos.

- La presión de los colegas. El comportamiento de los propios colegas puede ejercer una poderosa influencia tanto a la hora de respetar como de ignorar las responsabilidades del profesionalismo. Las dejaciones que los médicos ven ocasionalmente en el compromiso de sus colegas con esas responsabilidades plantean retos especialmente difíciles. Es difícil ignorar la presión de los colegas cuando tales dejaciones se dan con cierta frecuencia. También resulta muy fácil para uno mismo justificar un comportamiento no profesional cuando «todo el mundo lo hace, así que, por qué yo no».
- El comercialismo. La tendencia cada vez mayor de los gobiernos, especialmente en los Estados Unidos y en bastantes países europeos, de sacar provecho de las fuerzas del mercado en un esfuerzo por controlar los costes cada vez mayores del cuidado de la salud, ha planteado un reto especialmente problemático para el profesionalismo. Los médicos están cada vez más ten-



tados de sucumbir a las lisonjas del comercialismo y a adoptar la ética del mercado, una ética que poco tiene que ver con la del profesionalismo. La principal preocupación del comercialismo es el beneficio material (los beneficios), obtenido en un competitivo mercado laboral caracterizado por la presencia de otras entidades, todas ellas rivales en la lucha por captar la atención de los mismos individuos. La mayor preocupación del profesionalismo es el bienestar del paciente (y público), alcanzado a través de la subordinación del interés personal por el bien material a los intereses y necesidades de otros.

Los términos contrapuestos comúnmente utilizados para describir sus diferentes rasgos son ilustrativos de la influencia corrosiva que el comercialismo puede ejercer sobre la profesión médica (tabla 1). En el argot del comercialismo, los *doctores* son proveedores; a los *pacientes* se les llama *clientes*. Un papel tradicional del doctor es el de ofrecer servicios a los pacientes; en el mundo comercial, estos servicios son vistos como *bienes*. A quienes entran en el mercado en busca de bienes, se les aconseja que lo hagan con *cautela* para evitar que puedan aprovecharse de ellos. Quienes entran en la consulta de un médico en busca de servicios, lo hacen *confiando* en que ellos y sus necesidades serán correctamente atendidos. De hecho, un principio fundamental del profesionalismo es el *cuidado* en profundidad del paciente en tanto que individuo; la expectativa de un comercial no necesita ir más allá de la

TABLA 1. Términos contrapuestos

Profesionalismo	Comercialismo
Médico	Proveedor
Paciente	Cliente
Servicios	Bienes
Confianza	Sospecha
Cuidado	Lenidad
Curaciones	Beneficios
Satisfacción	Bonos

mera *satisfacción* de los deseos del consumidor como representante de los compradores en general. El objetivo principal de un médico es el alivio del sufrimiento y, si es posible, el de ofrecer una *cura* para la enfermedad que sufre el paciente; el principal objetivo de una entidad comercial es la obtención de *beneficios*. Al final del día, el médico que ha llevado a cabo con éxito su trabajo es recompensado con la *satisfacción* del trabajo bien hecho; en el mundo comercial, el éxito suele recompensarse mediante *bonos*.

- Por último, y quizás esto es lo más ilustrativo, están las máximas utilizadas para capturar la esencia de estas dos éticas opuestas. El profesionalismo promete *primum non nocere* -en primer lugar, no hacer daño-; el comercialismo advierte con un *caveat emptor* -el estado de alerta del comprador-. Pocos pacientes reaccionarían favorablemente ante una señal en la puerta de su médico que les invitara a ser tan circunspectos como lo serían al entrar en un establecimiento comercial.



Conclusión

El paradigma profesional, como ejemplifica el caso de la medicina, ha prestado un buen servicio a la sociedad durante décadas. En la era actual, sin embargo, la medicina y los médicos están haciendo frente a una gran cantidad de retos, situación que dificulta cada vez más la adhesión a los ideales profesionales. La sociedad tiene mucho que ganar si promueve el cumplimiento de los principios y responsabilidades del profesionalismo médico. En una época en la que los servicios sanitarios son cada vez más complejos y costosos, no hay alternativa que pueda servir mejor al interés público que la del compromiso de los médicos con el profesionalismo. No hay leyes, regulaciones, agencia gubernamental de control alguna, ni

letra pequeña de un contrato comercial que puedan sustituir a un médico atento, entregado al bienestar de los pacientes.

La medicina podrá mantener su posición preeminente entre las demás profesiones únicamente si los médicos pueden superar los retos a los que se enfrenta el profesionalismo hoy día.

Referencias bibliográficas

1. Freidson E. *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.
2. Medical Professionalism in the New Millennium. A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP Foundation, European Federation of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2002;136: 243-246.



EL NUEVO PROFESIONALISMO MÉDICO. UNA IDEOLOGÍA EXPRESADA EN CONDUCTAS

HELIOS PARDELL

*Presidente de la Comisión de Acreditación Colegial. Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.
Barcelona (España).*

*Secretario Ejecutivo. Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada (CCFMC). Barcelona (España)
Director Técnico. Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC).
Madrid (España).*

En el capítulo precedente J. J. Cohen abordaba detenidamente las características esenciales de una profesión y, en concreto, de la profesión médica, compendiándolas en lo que en el estudio de las profesiones viene denominándose profesionalismo o ideario profesional. En éste, voy a abordar los retos del profesionalismo médico en el mundo real, a raíz de los profundos cambios ocurridos en los últimos 30 años en la sociedad en general y en el sector sanitario en particular.

Especialista en Medicina Interna y Profesor de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Es Consultor de la Organización Mundial de la Salud en enfermedades crónicas. Oficina Regional para Europa. Copenhague, Dinamarca.

Autor y coautor de 25 libros y más de 150 artículos científicos sobre las dos áreas de interés prioritario del autor: enfermedades crónicas y formación médica continuada. Ha intervenido decisivamente en la creación de los sistemas de acreditación del Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada, de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC).

La profesión médica en la actualidad

Sobre los cambios que acabo de mencionar existe una profusa literatura¹⁻⁴, cuyas referencias fundamentales y algunos de los trazos esenciales de la situación de cambio he compendiado en otro lugar⁵.

Para nuestro propósito, es de interés remarcar aquí que, en medio del torbellino de tales cambios, la profesión médica sigue manteniendo, a pesar de las voces agoreras de dentro y de fuera, su estatus de profesión, con una presencia social muy importante, acrecentada a medida que la sociedad se ha ido medicalizando.

Esta medicalización ha hecho que el médico se convierta en árbitro de conflictos sociales, en una sociedad en la que otras fuentes de consenso moral han desaparecido, llegando a la intromisión de la medicina en la mayor parte de ámbitos del comportamiento personal, hasta tal punto que ha podido decirse que en la sociedad actual únicamente existen pacientes o individuos a la espera de serlo⁶. No hay duda de que la medicina se ha conver-



tido en el que algunos han denominado, enfáticamente, reservorio de la verdad, un dominio en el que se emiten juicios absolutos y decisivos por parte de expertos, supuestamente neutrales y objetivos, no en nombre de la virtud o de la legalidad sino en el de la salud; y todo esto viene ocurriendo de forma insidiosa, mediante la medicalización de una gran parte de las actividades cotidianas, convirtiendo los conceptos de salud y enfermedad en altamente relevantes para una porción cada vez más amplia de la existencia humana⁷.

Lo que ocurre es que, como Light señala⁸, la noción de «dominancia profesional», de que hablaba Freidson hace más de tres décadas⁹, puede considerarse superada al compás de la desprofesionalización, la proletarización y la corporatización de los médicos, por lo que, en la actualidad, la posición de poder de la profesión médica puede entenderse mejor a través de la noción de «poder compensatorio» o «contrapoder»¹⁰, que obliga a la profesión a competir con otros poderes de la arena sociopolítica, tanto a nivel político como económico. Esta competición, como ocurre siempre en el caso de los contrapoderes, se lleva a cabo, más que ateniéndose a reglas racionales, construyendo realidades y manipulando símbolos, al objeto de obtener ventajas y convertir su situación social en más favorable para sus intereses¹¹.

En este contexto de auge del profesionalismo en general¹²⁻¹⁴ y de mantenimiento de amplias cotas de poder social que la profesión médica aún ejerce, deben entenderse los intentos que en todas partes se están llevando a cabo para limitarlo, básicamente reduciendo sus privilegios de autorregulación. Recien-

temente, en nuestro país, al lado de iniciativas legislativas que han de redundar positivamente en el marco regulatorio de la profesión, analizadas en otro capítulo de esta monografía por J. Aubia, asistimos a otras iniciativas tendentes al socavamiento del papel de los colegios de médicos por parte de algunos gobiernos autonómicos; en los Estados Unidos de Norteamérica diversas iniciativas legislativas, por más que no cuestionan la posición de la profesión médica, van en la dirección de acotar sus márgenes de independencia tradicionales¹⁵; y en el Reino Unido, a las iniciativas de los últimos años¹⁶ hay que sumar los dos recientes informes que han venido a cuestionar la capacidad de autorregulación de los médicos (Informe Dame Janet Smith, a propósito del caso Shipman)¹⁷ y de los abogados (Informe Clementi)¹⁸.

Esta situación de crisis profesional no es nueva y se ha producido en la mayoría de los países con mayor o menor intensidad y en períodos distintos. Así, por ejemplo, la American Medical Association tuvo que enfrentarla hace más de 150 años y de ella salió reforzada gracias a dos iniciativas fundamentales: la modificación de su código ético y su decisión de profundizar en la autorregulación¹⁹. Y en distintos países europeos, la profesión ha debido hacer frente a momentos críticos con ocasión de la implantación de los sistemas nacionales de salud en la década de los 40 o de otras decisiones gubernamentales que coartaban los privilegios o invadían las competencias de la profesión.

De ello se deriva que la profesión médica ha de ser capaz, una vez más, de encontrar



el camino correcto si quiere seguir manteniendo su estatus de profesión en un mundo turbulento, plagado de retos nuevos, cuyos componentes esenciales ha de ser capaz de identificar, al objeto de manejarlos adecuadamente.

El ideario del profesionalismo médico, en España y en la mayoría de los países europeos con sistemas sanitarios públicos, ha de adaptarse a una situación en la que²⁰:

- El gobierno ha de garantizar el acceso equitativo a la atención médico-sanitaria y la financiación necesaria del sistema sanitario.
- La profesión médica ha de responsabilizarse de asegurar una prestación con elevados estándares de calidad.
- El público ha de ser consciente de sus derechos y obligaciones y pagar los impuestos para financiar el sistema.

En este contexto, impregnado del ideario posmodernista, tan plagado de acosos para el profesionalismo médico^{5, 21} y caracterizado por un protagonismo indiscutible del ideario político en el mundo sanitario, una preocupación creciente por la contención de los costes, un comercialismo/consumismo a ultranza y un interés especial por la eficiencia/control de gestión²², es en el que la profesión médica debe ser capaz de desenvolverse con inteligencia, haciendo gala de su capacidad de adaptación, si quiere mantener su ideario profesional como guía de su posición social privilegiada. A las adaptaciones necesarias para ello voy a consagrar la segunda parte del capítulo.

Viejo y nuevo profesionalismo

En el fondo, de lo que se trata es de ser capaces de definir, como postula Rodríguez²³, una nueva profesión para una nueva sociedad. Y para ello bueno será recordar que, más allá de todas las consideraciones complementarias, el profesionalismo médico debe ser entendido como el conjunto de valores, actitudes y comportamientos orientados al servicio del paciente y de la sociedad antes que en beneficio propio²⁴.

Ahí radica todo el argumentario del que hemos de echar mano para proponer actuaciones individuales y de las organizaciones profesionales. Basándome en mi análisis anterior⁵, en el excelente trabajo de Jovell²⁵ y en las aportaciones que se han hecho en sendos foros de discusión (los congresos de la profesión médica de España y de Cataluña, celebrados ambos durante el año 2004), a continuación voy a analizar las que considero más perentorias y factibles para la consecución del objetivo nuclear de mantener y mejorar si cabe la situación de la profesión médica en la actualidad.

Eliminación de complejos y toma de posición

No ha de costar mucho aceptar que, en la práctica, la gran mayoría de los médicos y sus organizaciones profesionales andan acomplejados, o cuando menos desorientados, en relación con el ejercicio de su ideario profesional.



En efecto, a menudo parece como si unos y otras se encontraran incómodos a la hora de proclamar su profesionalismo, influidos por el nuevo «pensamiento único» que la corriente posmodernista ha introducido, en la que no resulta políticamente correcto exhibir el altruismo, la honestidad, el compromiso y tantos otros componentes del ideario profesional porque se hallan etiquetados de antiguos, rancios o conservadores, o entran en contradicción abierta con los postulados esenciales de aquella corriente predominante hoy en día.

Y sin embargo, como he enfatizado en otra parte⁵, justamente los trazos fundamentales del ideario posmodernista ofrecen inmejorables oportunidades al médico y a sus organizaciones profesionales para reafirmar su posición, puesto que presentan muchas lagunas y ambigüedades que se ponen de manifiesto en el momento de establecerse la relación del médico con el paciente, núcleo inmanente de todo acto asistencial, dominante aún hoy en un mundo sanitario que ha modificado los patrones de ejercicio y ha ensanchado extraordinariamente sus fronteras.

Como acertadamente ha señalado Oriol-Bosch²⁶, la mayoría de las acusaciones centrales que se lanzan contra la profesión médica (monopolio, credencialismo, elitismo, corporativismo y arbitrarismo) pueden ser fácilmente rebatidas a partir de los mismos principios cardinales del ideario profesional, entendidos en su sentido más genuino. Todos ellos tienen una vertiente positiva, que contrarresta eficazmente la negativa que sus

críticos le atribuyen: el monopolio del saber ha de referirse a la competencia profesional, la cual deviene una garantía de calidad para el paciente; el credencialismo debe presentarse como un sistema de señales que ofrece garantías e información abierta a la sociedad; el elitismo hay que reivindicarlo en el sentido de exigencia y compromiso superiores; y el arbitrarismo hay que explicarlo en términos de discrecionalidad de la actuación para huir de la estandarización despersonalizadora, en beneficio del paciente individual. Por lo que se refiere al corporativismo, ciertamente las organizaciones profesionales han de hacer un gran esfuerzo adicional, encaminado no tanto a rebatirlo apriorísticamente como a combatirlo en la práctica mediante la implantación de medidas de autorregulación más creíbles y adecuadas que las puestas en práctica hasta ahora, las cuales, justo es reconocerlo, no siempre han partido de la preeminencia del servicio al paciente y a la sociedad sobre los intereses del propio colectivo profesional.

En lo tocante a otra crítica que la profesión médica ha recibido, su arrogancia^{27,28}, hay que matizarla en dos sentidos. La que, en su acepción más representativa, equivale a vanidad, insolencia y arbitrariedad, derivada del mal uso del poder y autoridad que el médico tiene en la práctica, debe rechazarse, perseguirse y sancionarse decididamente²⁹. Por el contrario, la acepción que algunos críticos, de forma ciertamente abusiva, emplean para referirse a la aplicación de algunos de los atributos tradicionales del médico como la convicción en sus decisiones, su autoridad



o ascendiente en el saber e incluso su actitud de guía-consejero, no sólo no es criticable sino que debe estimularse puesto que contribuye grandemente a mejorar la actuación asistencial en beneficio del paciente, a menudo angustiado, habitualmente perplejo en medio del océano de información al que tiene acceso y, con frecuencia, dependiente en mayor medida de lo que suele admitirse⁵⁰.

Por último, quiero poner el acento en una actitud, a mi juicio altamente perniciosa para la profesión, cual es la de la queja constante, aduciendo desmotivación y «*burn out*» como consecuencia de la precariedad en las condiciones de trabajo y de la misma naturaleza de dicho trabajo. Persistiendo en esta vía poco cabe esperar, en términos de reconocimiento profesional, puesto que lo único que hace es equiparar al médico a otros trabajadores que también dicen sentirse quemados por la incapacidad para superar la tensión derivada del trato con personas cada vez más exigentes y a amplios sectores sociales de la mayoría de países europeos, que asimismo afirman sentirse descontentos e insatisfechos⁵¹. Que muchos médicos manifiesten su intención de abandonar la profesión⁵²⁻⁵⁴ no dice ciertamente mucho a su favor a los ojos del público. Como acertadamente han señalado algunos responsables de organizaciones profesionales españolas^{55,56}, lo que hay que hacer es profundizar en la cultura del liderazgo y del compromiso responsable, superando la «cultura de la queja»⁵⁷ y siendo capaces de adecuar el balance entre expectativas y realidades tomando como referente el ideario profesional actualizado⁵⁸.

Definición y promoción del nuevo profesionalismo

Alrededor de las diversas formulaciones de las competencias exigibles al médico de hoy³⁹⁻⁴², han ido surgiendo propuestas de modificación de los programas de formación de las facultades de Medicina, tendentes a formar médicos que respondan mejor a las expectativas y necesidades de los sistemas sanitarios actuales^{43,44} y nuevos marcos del profesionalismo médico para nuestros días^{45,46}.

Algunos de éstos han sido analizados en el capítulo precedente, por lo que no voy a reincidir en ellos. Sin embargo, sí que me interesa hacer énfasis sobre algunos de sus componentes, que ofrecen un campo de extraordinaria importancia para conseguir un mejor engarce de la profesión médica en el mundo sociosanitario de hoy y reorientar sus pasos futuros para el mantenimiento de un estatus profesional que viene siendo percibido como sujeto a amenazas de todo tipo.

Un elemento fundamental que impregna esta nueva formulación del ideario profesional son los cambios ocurridos en el sector sanitario en todo el mundo desarrollado, en el sentido de la importancia emergente del aspecto comercial o de gestión de las actuaciones médico-sanitarias y la prestación prioritaria de las mismas en el seno de organizaciones complejas⁴⁷.

Ello comporta que a las tres obligaciones tradicionales del médico (el paciente, la profesión y el Estado) hay que añadir una cuar-



ta: la institución en la que trabaja⁴⁸. Y, consecuentemente, van apareciendo nuevos ámbitos de contemplación para el ideario profesional: la gestión clínica, la utilización de estándares de práctica (guías), el liderazgo en el seno del trabajo en equipo, el compromiso en el camino de la excelencia o la habilidad para trabajar en ambientes de elevada complejidad e incertidumbre, prácticamente desconocidos hasta muy recientemente^{49,50}.

En este contexto, se perfilan los nuevos retos relacionados con el mantenimiento de un adecuado balance entre la calidad exigible, la optimización de la utilización de recursos (mayoritariamente públicos), la preservación de la relación médico-paciente y del papel del médico como defensor del paciente frente al Estado y las organizaciones⁵¹⁻⁵⁶.

También los preceptos éticos tradicionales de la profesión se resienten y, por ello, los nuevos códigos éticos deben contemplar aspectos poco tenidos en cuenta o inexistentes en los anteriores: conflicto de intereses, abusos de poder, prácticas de propaganda comercial^{57,58}. Además, deben tomar en consideración aspectos problemáticos nuevos, derivados de las relaciones entre diversos profesionales sanitarios; de los compromisos éticos personales del médico en el seno de las organizaciones complejas en las que mayoritariamente trabaja, así como de las responsabilidades éticas de las mismas; y, finalmente, de la necesidad de pasar de una ética maximalista a una ética prudente, más acorde con los planteamientos sociológicos actuales⁵⁹⁻⁶³.

Ejercicio activo del ideario profesional

Una vez reformulados los principios esenciales del profesionalismo médico, éstos deben ser enseñados en las facultades de Medicina y llevados a la práctica por los propios médicos en su ejercicio cotidiano y por sus organizaciones profesionales.

Por lo que se refiere al primer punto, hay que reconocer que, hasta hoy, los programas de las facultades de Medicina han omitido totalmente las referencias a los aspectos más elementales del profesionalismo médico. Probablemente, las dificultades intrínsecas para la evaluación de la enseñanza del profesionalismo han contribuido a esta omisión⁶⁴; de todas formas, esto no debe ser óbice para que, cuanto antes, se incorporen a los programas educativos⁶⁵, echando mano de las aportaciones conceptuales y empíricas que van apareciendo en la literatura internacional⁶⁶. Únicamente de esta forma se podrá superar la situación actual en la que todo lo relacionado con el profesionalismo médico se aprende más por «ósmosis», en el contacto de los estudiantes con los médicos seniors de los hospitales universitarios (lo cual es altamente positivo, si lo que realmente se transmite es el lado bueno del profesionalismo), que por la implementación de programas docentes específicos⁶⁷⁻⁶⁹.

Ejercitar el profesionalismo en la práctica supone que el médico se libere de los complejos que denunciaba al comienzo y haga gala de las virtudes que propugna la ideología profesional más actual, para lo cual se requiere un constante ejercicio de superación



que se aviene mal con los posicionamientos más en boga de cariz acomodaticio. Además, ha de colaborar mucho más decididamente de lo que lo viene haciendo con sus organizaciones profesionales y ha de saber elegir líderes profesionales que sepan caminar hacia metas realistas y alcanzables en beneficio de la profesión, huyendo de actitudes reactivas o de enfrentamiento sistemático, que no hacen otra cosa que generar frustraciones permanentes y altamente perjudiciales.

De manera muy especial, el médico debe convencerse y llevar a la práctica una actitud de liderazgo, lo que supone huir del «ethos» burocrático para ejercitar el «ethos» profesional que va en pos de la excelencia. Tomando los principios fundamentales de las teorías modernas del liderazgo, hay que mentalizarse de este papel y entender bien que requiere conocimientos que van más allá de los de la propia especialización técnico-profesional y de hacer bien su trabajo^{70,71}; como han afirmado algunos expertos, los gestores saben cómo hacer las cosas bien, mientras que los líderes saben cuáles son las cosas buenas que hay que hacer⁷². Dicho liderazgo el médico puede ejercerlo muy especialmente en el seno de las organizaciones complejas en las que trabaja si, como analicé extensamente en otra parte⁵, es capaz de identificar los puntos débiles que éstas presentan y concentrar su actuación en los dominios específicos en los que mejor puede devenir un líder indiscutible; para ello, debe hacer gala de una mentalidad proactiva y huir de las rutinas defensivas que tanto socavan su prestigio y capacidad de liderazgo⁷³.

Por otro lado, en este mismo contexto de las organizaciones complejas, el médico debe contribuir a potenciar los estamentos de cariz profesional, distinguiéndolos netamente de los de carácter sindical; debe esforzarse por minimizar los enfrentamientos entre los distintos grupos de profesionales médicos que coexisten, con distintas responsabilidades; ha de ser capaz de ejercer activamente la gestión clínica a cada nivel; ha de fomentar la implantación de los comités o círculos de calidad y de ética; y, finalmente, ha de actuar decididamente en el frente de la carrera profesional, evitando que se convierta en un mero baremo de antigüedad, incorporando los modernos postulados del desarrollo profesional continuo⁷⁴.

Las organizaciones profesionales médicas, básicamente los colegios de médicos en España o sus equivalentes en otros países, pero también las sociedades científicas, academias y organizaciones sindicales, deben actuar en los tres frentes primordiales que Argyris postula para cualquier organización⁷⁵: consecución de los objetivos, mantenimiento de su sistema interno y adaptación al ambiente exterior.

En lo tocante al primero, deben profundizar en el ideario profesional, llevando a cabo las actuaciones necesarias para su reformulación, en la línea que aquí se expone, resolviendo el dilema autonomía-responsabilidad que subyace en la problemática actual y esforzándose por hacer más creíble la autorregulación⁷⁶ mediante la implantación de sistemas de revalidación eficaces que contribuyan al viraje necesario en la percepción



por parte del público de un corporativismo a ultranza, identificando y sancionando a los médicos que incumplan sus deberes éticos y exhiban déficits inaceptables de competencia^{77,78}.

En cuanto a su estructura interna, es evidente que en España y en muchos otros países han de hacer esfuerzos ímprobos para adecuarla a las necesidades del momento, puesto que parten de una situación de alarmante precariedad e inadaptación, tanto en recursos como en mentalidad. Y por lo que se refiere a su actuación exterior, debe basarse en el establecimiento de alianzas estratégicas, de las que voy a hablar a continuación.

La profesión médica y el Estado. Replanteamiento del contrato social

La profesión médica debe reconocer que su tradicional autonomía, en la forma que se formuló hace más de dos siglos, ya no es viable actualmente y que, en el contexto que he descrito en las páginas anteriores, debe aceptar una formulación más explícita de sus compromisos con la sociedad en su conjunto y con el Estado en particular^{79,80}.

Los privilegios que, en su momento, el Estado concedió a las profesiones en general y a la profesión médica en particular, en la sociedad actual no tienen posibilidad de pervivencia y deben ser revisados en profundidad⁸¹. Y es bueno que la propia profesión médica tome la iniciativa, haciendo gala de una nueva mentalidad que le permita seguir

manteniendo los componentes esenciales de su estatus profesional⁸², para lo cual es bueno que tenga la imaginación suficiente para reinventar su propia organización y redefinir sus objetivos, visión y valores, huyendo de la mirada hacia el pasado y teniendo siempre en mente que la realidad se construye, nunca viene dada^{83, 84}.

El papel del Estado en la regulación de la profesión médica es obvio y aunque las modalidades que adopta tal regulación varían grandemente en los diversos países^{85,86}, en todos ellos, sin embargo, la manera como se resuelven los problemas propios del nuevo modelo médico-sanitario y como influyen en la relación triangular estado-sociedad-profesión depende, en gran manera, de la capacidad de ésta última de introducir reformas en su seno⁸⁷.

La regulación estatal de la profesión persigue asegurar la observancia de los compromisos adquiridos, proteger al público de las prácticas inadecuadas de los profesionales, proteger a la sociedad contra el fraude y proveer mecanismos de resarcimiento de las consecuencias de una práctica lesiva (no necesariamente incorrecta)⁵⁰.

La profesión debe entender con claridad que no puede seguir manteniendo su estatus a través de un enfrentamiento con el Estado (gobierno), puesto que precisamente a él debe su reconocimiento, por más que se halle refrendando por la sociedad. Y el Estado debe entender, a su vez, que la regulación exterior nunca podrá sustituir eficazmente a una autorregulación activa, basada en el ideal profesional⁷⁶.



Esta situación debe resolverse a través del que viene denominándose nuevo contrato social, basado en la reformulación del ideario profesional que hemos visto a lo largo de estas páginas⁸⁸. Dicho contrato no se basa en ningún protocolo escrito sino en una decidida voluntad de cumplir los compromisos de ambas partes, Estado y profesión, en términos de: derechos de los pacientes-usuarios, responsabilidades de los mismos, compromiso de autorregulación por parte de la profesión, compromiso de aportar los recursos necesarios por parte del Estado, partenariado y aseguramiento de la calidad²⁰.

Si la profesión debe saber comprender este planteamiento de nuevo contrato social como única garantía de mantener su estatus, el Estado, a su vez, debe entender que un sistema sanitario moderno, eficiente y equitativo es incompatible con una profesión médica desmotivada y no comprometida⁸⁹ y que para contar con su decidida colaboración hay que concederle algunos privilegios, socialmente aceptables, siempre consensuados y con la contrapartida por parte de la profesión de preservar su integridad y su ideal de servicio como norte de su existencia⁹⁰.

No querer entrar en esta vía es la mejor garantía de un fracaso, en el que la peor parte la ha de llevar la sociedad. Por ello, hay que insistir una y otra vez en que los dos interlocutores principales, el Estado y la profesión, deben ser suficientemente clarividentes para entender que no se puede construir un sistema sanitario coherente a espaldas de la profesión médica ni ésta puede seguir ostentando los privilegios de antaño. A la solución

de este dilema puede contribuir decididamente el nuevo ideario profesional que viene contemplándose en distintos capítulos de esta monografía.

Referencias bibliográficas

1. Starr P. *The social transformation of American Medicine*. New York: Basic Books, 1982.
2. Hafferty FW, McKinlay JB (ed). *The changing medical profession. An international perspective*. New York: Oxford University Press, 1993.
3. Stevens R. *American Medicine and the public interest*. Berkeley: University of California Press, 1998.
4. Perkin H. *The rise of professional society. England since 1880*. London: Routledge, 2002.
5. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica* 2003;6:63-80.
6. de Swaan A. The reluctant imperialism of the medical profession. *Soc Sci Med* 1989;28:1165-70.
7. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev* 1972;20:487-504.
8. Light DW. Professionalism as a countervailing power. *J Health Politics Policy Law* 1991;16:499-506.
9. Freidson E. *Professional dominance. The social structure of medical care*. Chicago: Aldine Publishing Comp, 1970.
10. Galbraith JK. *American capitalism: The concept of countervailing power*. Boston: Houghton Mifflin, 1956.
11. Stone DA. *Policy paradox and political reasons*. Boston: Scott Foresman, 1988.
12. Larson M. *The rise of professionalism*. Berkeley: University of California Press, 1977.
13. Freidson E. *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.
14. Brint S. *In an age of experts. The changing role of professionals in politics and public life*. Princeton: Princeton University Press, 1994.
15. Rosenbaum S. The impact of United States law on medicine as a profession. *JAMA* 2003;289:1546-56.



16. Gray DP. Deprofessionalising doctors? The independence of the British medical profession in under unprecedented attack. *BMJ* 2002;324:627-8.
17. <http://www.theshipman-inquiry.org.uk/>
18. Anonymus. Regulating the professions. Taking care of their own. Why it is so difficult to regulate lawyers and doctors? *The Economist*. December 18th, 2004, 62-63.
19. Baker R. Crisis, ethics and the American Medical Association: 1847 and 1997. *JAMA* 1997;278:163-4.
20. Ham Ch, Alberti KGMM. The medical profession, the public, and the government. *BMJ* 2002;324:838-42.
21. Charlton BG. Medicine and postmodernity. *J Roy Soc Med* 1993;86:497-9.
22. Irvine D. Professionalism: dead or alive? *Lancet* 2004;364:1479-80.
23. Rodríguez JA. Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educación Médica* 2004;7:2-8.
24. Reynolds PP. Reaffirming professionalism through the education community. *Ann Intern Med* 1994;120:609-14.
25. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. <http://www.fbjoseplaporte.org>
26. 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.
27. Shaw MT. Academic arrogance. *N Engl J Med* 1978;299:1473-4.
28. Berger AS. Arrogance among physicians. *Acad Med* 2002;77:145-7.
29. Casell EJ. Consent or obedience?. Power and authority in Medicine. *N Engl J Med* 2005;352:328-30.
30. Ingelfinger FJ. Arrogance. *N Engl J Med* 1980;303:1507-11.
31. Encuesta nacional de valores 2000. La Vanguardia, 13 Agosto 2002: 19-20.
32. Birchard K. Survey reveals extent of Irish doctors' dissatisfaction. *Lancet* 2000;356:1585.
33. Parmley WW. What is our contract with society? *JACC* 2001;38:1226-7.
34. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job dissatisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ* 2003;326:22-4.
35. Bruguera M. Buscando soluciones a la insatisfacción de los médicos. *JANO* 1999;56 (1298):1868.
36. Sierra G. Los retos de la profesión médica en la era del conocimiento. En: Anónimo. *La motivación del médico: motor del sistema sanitario*. Barcelona: Fundación Pharmacia, 2002; 25-31.
37. Hughes R. *Culture of complaint*. New York: WH Freeman & Comp, 1993.
38. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002;324:835-8.
39. Calman K. The profession of medicine. *BMJ* 1994;309:1140-3.
40. CMA Policy Index. The future of Medicine. *CMAJ* 2000;163:757-8.
41. General Medical Council. *Tomorrow's doctors*. 2nd. edition. London: GMC, 2002.
42. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. *Competències de professions sanitàries*. Barcelona: IES, Generalitat de Catalunya, 2002.
43. World Federation for Medical Education. WFME Task Force on defining international standards in basic medical education. *Medical Education* 2000;34:665-75.
44. Competències que han d'adquirir els estudiants de Medicina durant els estudis de pregrau a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Barcelona: Facultat de Medicina, 2003.
45. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millenium: a physicians' charter. *Lancet* 2002;359:520-22.
46. The Royal Society for the encouragement of Arts, Manufacturers & Commerce (RSA). Professional values for the 21st. century. http://www.thersa.org/projects/professional_values.asp.
47. McArthur JH, Moore FD. The two cultures and the health care revolution. Commerce and professionalism in medical care. *JAMA* 1997;277:985-9.
48. Marinker M. Sense and sensibility. En: Marinker M (ed). *Sense and sensibility in health care*. London: BMJ Publishing Group, 1996; 1-18.
49. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000;75:612-6.
50. Ellis P. Have changes in the context of doctors' work altered the concept of the professional in medicine? *Med Teacher* 2004;26:529-33.



51. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st. century.* Washington DC: National Academy Press, 2001.
52. Kizer KW. Establishing health care performance standards in an era of consumerism. *JAMA* 2001;286:1213-7.
53. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995;273:323-9.
54. Shortell SM, Clarke KWB. Physicians as double agents. Maintaining trust in an era of multiple accountabilities. *JAMA* 1998;280:1102-8.
55. Pearson SD. Caring and cost: The challenge for physician advocacy. *Ann Intern Med* 2000;133:148-53.
56. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizens -Public roles and professional obligations. *JAMA* 2004;291:94-8.
57. Consumers Association. *Leave it to the professionals?* London: Consumers Association, 1998.
58. Arnold L. Assessing professional behavior: Yesterday, today and tomorrow. *Acad Med* 2002;77:502-15.
59. González J. Las profesiones en la sociedad corporativa. En: Fernández JL, Hortal A (ed). *Ética de las profesiones.* Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1994; 21-34.
60. Hortal H. *Ética general de las profesiones (2.ª ed.)*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2004.
61. de los Reyes M, Pérez JM, García P, Borrell F y Gracia D, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Relaciones entre profesionales sanitarios. *Med Clin (Barc)* 2001;117:339-50.
62. del Llano J, Millán J. Ética y gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2002;118:337-8.
63. Lipovetsky G. *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos.* Barcelona: Anagrama, 2002.
64. Lynch DC, Surdyk PM, Eiser AR. Assessing professionalism: a review of the literature. *Med Teacher* 2004;26:366-73.
65. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *BMJ* 1997;315:1674-7.
66. van de Camp K, Vernooij-Dassen MJF, Gro RPTM, Bottema BJAM. How to conceptualize professionalism: a qualitative study. *Med Teacher* 2004;26:696-702.
67. Barry D, Cyran E, Anderson RJ. Common issues in medical professionalism: Room to grow. *Am J Med* 2000;108:136-42.
68. Whitcomb ME. Fostering and evaluating professionalism in medical education. *Acad Med* 2002;77:473-4.
69. Ginsburg S, Regehr G, Stern D, Lingard L. The anatomy of the professional lapse: Bridging the gap between traditional frameworks and students' perception. *Acad Med* 2002;77:516-22.
70. Legnini MW. Developing leaders vs training administrators in the health services. *Am J Pub Health* 1994;84:1569-72.
71. Gardner JW. *On leadership.* New York: The Free Press, 1990.
72. Bennis W, Nanus B. *Leaders: The strategies for taking care.* New York: Harper & Row, 1985.
73. Argyris C. *Strategy, change and defensive routines.* Boston: MA Pitman, 1995.
74. Pardell H, Bruguera M. ¿Formación médica continuada o desarrollo profesional continuo del médico? *Educación Médica* 2002;5:90-5.
75. Argyris C. *Integrating individual and the organization.* New Brunswick: Transaction Publishers, 2000.
76. Irvine D. The performance of doctors. I: Professionalism and self-regulation in a changing world. *BMJ* 1997;314:1540-2.
77. Rosenthal MM. *The incompetent doctor.* Buckingham: Open University Press, 1995.
78. Pardell H. ¿Es oportuno introducir la recertificación de los médicos en España? *Med Clin (Barc)* (en prensa).
79. Frankford DM, Konrad TR. Responsive medical professionalism: Integrating education, practice, and community in a market-driven era. *Acad Med* 1998;73:138-44.
80. Lanier DC, Roland M, Burstin H, Knttnerus JA. Doctor performance and public accountability. *Lancet* 2003;362:1404-8.
81. Portwood D, Fielding A. Privilege and the professions. *Sociol Rev* 1981;29:749-73.
82. Marquand D. Professionalism and politics. Towards a new mentality?. En: Broadbent J, Dietrich M, Roberts J (ed). *The end of the professions? The restructuring of professional work.* London: Routledge, 1997; 140-147.



LA PROFESIÓN MÉDICA: LOS RETOS DEL MILENIO

83. Pendleton D, King J. Values and leadership. *BMJ* 2002;325:1352-5.
84. Morgan G. *Image of organization*. Beverly Hills: Sage, 1986.
85. Freddi G, Björkman JM (ed). *Controlling medical professions. The comparative politics of health governance*. London: Sage, 1989.
86. Johnson J, Larkin G, Saks M (ed). *Health professions and the state in Europe*. London: Routledge, 1995.
87. Salter B. Change in the governance of Medicine: the politics of self-regulation. *Policy & Politics* 1999;27:143-58.
88. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism: a contract between medicine and society. *CMAJ* 2000;162: 668-9.
89. Blumenthal D. The vital role of professionalism in health care reform. *Health Affairs* 1994;13: 252-6.
90. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism and medicine's social contract. *J Bone Joint Surg* 2000;82-A:1189-94.



LA HISTORIA NATURAL DE LA PROFESIÓN MÉDICA VISTA POR UN PACIENTE

ALBERT J. JOVELL

*Presidente del Foro Español de Pacientes. Director General de la Fundació Biblioteca Josep Laporte.
Profesor Asociado Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona (España).*

El médico que yo conocí¹

Hubo una generación de médicos extraordinarios, anónimos y desconocidos, pero extraordinarios, que contribuyeron de manera decisiva a sentar las bases de los sistemas sanitarios modernos y, especialmente, del Sistema Nacional de Salud. En la preparación de este capítulo ha sido inevitable que me acordara muchas veces de ellos y, sobre todo, de uno de ellos: mi padre. Valorar y especular sobre lo que puede pasar en el futuro obliga muchas veces a pensar teniendo como puntos de partida el pasado y el presente.

Licenciado en Medicina y Cirugía, licenciado en Ciencias Políticas y Sociología, doctor en Sociología y diplomado en Análisis de Datos.

Master of Public Health in Epidemiology, Master of Science in Health Policy and Management, y Doctor in Public Health por la Universidad de Harvard en los Estados Unidos.

Es Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte, centro de gestión del conocimiento en ciencias de la salud y de la vida.

Ha realizado diferentes publicaciones científicas como autor y coautor en revistas científicas y divulgativas, incluyendo la edición de monografías y libros.

Escribía Elisabeth Kübler Ross² que «*nuestro hoy depende de nuestro ayer, y nuestro mañana depende de nuestro hoy*». Desde esta perspectiva cabría preguntarse ¿qué significa ser médico? y ¿qué significado tiene ser un buen médico? Mirando el ayer y el hoy de la medicina, éstas son preguntas que permiten reflexionar sobre la diferencia existente entre ser médico o hacer de médico. De mi padre y de sus compañeros -el ayer- aprendí esa diferencia tan nítida entre el hecho de ser médico -la profesión- y el hecho de hacer de médico -la ocupación- a día de hoy, y ello permite especular sobre cómo debería ser el médico del futuro y sobre la historia natural de la profesión.

Mi padre fue médico, sólo médico, desde 1954 a 1992 y fue médico y paciente de otros médicos desde 1992 hasta 1999. El sentido del deber profesional hizo que cerrara su consulta en Barcelona para trasladarse a Sabadell en 1962. Unas riadas y una inmigración masiva de trabajadores urgieron un llamamiento de profesionales para que atendieran necesidades básicas de salud en esa ciudad. Allí se quedó y allí trabajó toda



su vida como médico de cabecera. No había asistencia sanitaria universal ni servicios de urgencias, por lo que durante muchos años la profesión tuvo que ser lo primero. Era normal que le llamaran a cualquier hora del día, especialmente de noche, y que cuando salía a comer fuera de casa con la familia tuviera que acordar, e incluso pagar, a un compañero para que le cubriera su ausencia. Cuando iba al cine con mi madre el acomodador tenía localizado su asiento. Aún recuerdo cómo actuó cuando mi madre le llamó a la consulta, teniendo yo seis años de edad, para decirle que me había roto la clavícula. Tras indicarle cómo proceder, le comentó que no podía hacer más en aquel momento por mí porque tenía muchos casos como el mío esperando en la consulta. Eran más de 100 personas al día las que visitaba durante esos años en una consulta que nunca cerraba las puertas y donde la cola se prolongaba desde su despacho en un primer piso hasta la calle. Su mejor y, quizás, única tecnología: la relación médico-paciente y la confianza mutua. Su empleador, se supone que la Seguridad Social, nunca le reconoció ningún mérito; al contrario, lo mantuvieron muchos años de interino para ahorrarse el pago de los trienios.

De pequeño, mi padre era un héroe para mí. No podía serlo de otra forma una persona a la que todo el mundo agradecía cosas, a quien se saludaba constantemente en la calle y de quien casi siempre hablaban bien. Parte de las visitas que hacía no las cobraba y, en otras, hacía verdadera economía de trueque. Creciendo con esas visiones idílicas de la profesión no había otra elección para mí que

la de ser médico. Nunca me lo pidió. Tampoco hizo falta. Con los años se convirtió en un modelo de rol para mí. La serenidad con la que afrontó, años después, su condición de paciente y cómo fue tomando decisiones difíciles sobre su destino, incluido un testamento vital en mi persona, fue otra lección de padre a hijo que uno no puede olvidar y que mucho antes de lo previsto he tenido que poner en práctica en mi propia vida. Cuando murió estaba pendiente de visita en cinco servicios hospitalarios diferentes y, hasta la fecha, cinco años después, es un hecho que desde ninguno de ellos han contactado con la familia para preguntar por qué no acudió a esas citas.

El ser o hacer de médico no exime a los profesionales de ser y estar enfermos. Si bien se suele decir que los médicos son los peores pacientes, también son los que mejor pueden contribuir a mejorar el sistema sanitario y, sobre todo, a humanizarlo más. Y de una manera especial los médicos enfermos, aquellos que viven a ambos lados de la bata blanca. Al final, los pacientes como mi padre o como los que atendía mi padre, quieren un sistema sanitario que les cuide más, que les cure, lo que es relevante si se tiene en cuenta que todo paciente acaba sufriendo una enfermedad de la que no se podrá curar. Ese es mi caso y, quizás, por eso he sido invitado a escribir este artículo: Soy médico y padecí mi primer cáncer a una edad 30 años más joven que él.

Si la medicina ha de responder a las necesidades de la sociedad, posiblemente el futuro de la profesión médica pasa por recupe-



rar al médico de cabecera, al médico de confianza. Lo que ahora quieren llamar médico tutor o médico responsable. Necesitamos médicos que atiendan, conforten, cuiden y coordinen nuestras necesidades de asistencia sanitaria. Con ello contribuirán al desarrollo de un sistema sanitario que haga la vida del enfermo más humana y digna. En este capítulo quisiera acordarme y dedicarlo a los médicos de la generación de mi padre, esperando que en el futuro la profesión médica responda a esos principios de altruismo y servicio a la comunidad que ellos -«los héroes anónimos de la medicina»- predicaron con el ejemplo. Ojalá podamos sentirnos orgullosos de pertenecer a una profesión que ha hecho del servicio a los demás su primera prioridad. Como escribía Elisabeth Kübler Ross: *«El mejor servicio que un médico puede prestar a un enfermo es ser una persona amable, atenta, cariñosa y sensible».*

Los médicos no saben

Los pacientes esperan mucho de sus médicos y de la medicina. Estas expectativas elevadas convierten a la medicina en una profesión excepcional, por la gran responsabilidad asociada y porque en ella el error humano es inaceptable. Los medios de comunicación incrementan estas expectativas al recordarnos con asiduidad las extraordinarias posibilidades de la ciencia y la medicina. Las principales encuestas de salud indican que los usuarios de la sanidad valoran muy positivamente las competencias técnicas de

los médicos. Hay que añadir que ello se debe, en parte, a la existencia de una triple asimetría -de información, de conocimiento y de experiencia- entre médicos y pacientes, que dificulta la evaluación de los primeros por parte de éstos últimos. Lo que sí están en condiciones de valorar los pacientes son los aspectos relativos a la relación con sus médicos. Algunas de sus consideraciones han formado parte de la denominada Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes.

Esta Declaración (tabla 1) fue consensuada por representantes de casi 50 organizaciones de pacientes y usuarios de la sanidad es-

TABLA 1. Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes

1. Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes de información
2. Decisiones centradas en el paciente
3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado
4. Relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza mutuas
5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales
6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria
7. Democratización formal de las decisiones sanitarias
8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria
9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos
10. Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes



pañola y ha sido un factor determinante para la creación del Foro Español de Pacientes (www.webpacientes.org/fep). Con anterioridad, los resultados del estudio «El Paciente del Futuro», realizado conjuntamente en 8 países europeos, habían puesto en evidencia las críticas de los pacientes y usuarios españoles a determinados aspectos de la relación entre médicos y pacientes (tabla 2, www.fb-joseplaporte.org/confianza). Una encuesta, realizada en septiembre de 2002 a 2.700 usuarios de la sanidad española a la salida de la visita con su médico, también evidenciaba la existencia de dificultades en la relación médico-paciente. No se explica de otra forma que más del 50% de los entrevistados no plantearan durante el tiempo que duró la visita médica ninguna pregunta, duda o discrepancia a su médico. Asimismo, sólo un 30% de los entrevistados afirmaron que estaban dispuestos a buscar más información mediante medios complementarios. Entre los datos más relevantes de este estudio destaca el hecho de que, para un 54% de los entrevistados, el médico constituía la principal fuente de información, seguida por los medios de comunicación en un 42%. Esos datos permiten deducir que el médico es el principal agente de información de los pacientes, muy por encima de las otras profesiones sanitarias, así como la gran importancia que tienen los medios de comunicación ejerciendo esa función. Finalmente, un 70% de los entrevistados desconocían que existían los denominados derechos de los pacientes.

Un estudio realizado en pacientes oncológicos³ en España ha puesto en evidencia

TABLA 2. Estudio cualitativo «El Paciente del Futuro» en España⁸

Acceso más rápido y más justo a los servicios sanitarios
Atención sanitaria personalizada
Más tiempo de duración de la visita médica
Mayor capacidad de elección de profesionales y centros sanitarios
Disponibilidad de más información
Más implicación en la toma de decisiones compartidas

cuatro hechos destacables en referencia a la relación entre profesionales y pacientes-familiares. En primer lugar, los pacientes se sienten tan brutalmente agredidos por la enfermedad y tan estigmatizados por la sociedad que establecen un vínculo de dependencia paternalista y emocional con sus oncólogos, lo que podría definirse como una concepción pediátrica de la asistencia oncológica. En segundo lugar, la relación médico-paciente en estos casos también evidencia un déficit de relación y empatía, que vendría definido por estas cuatro características: «*te informan pero no te comunican*», «*te tratan pero no te acompañan*», «*son amables pero no se ponen en tu lugar*» y «*te oyen pero no te escuchan*». En tercer lugar, los resultados del estudio permiten aventurar conflictos de intereses entre pacientes y familiares con respecto a la relación con sus médicos, entendiendo la familia que los profesionales les secuestraban información. Curiosamente, los mismos profesionales sanitarios participantes en el estudio reclamaban formación específica en habilidades de comunicación con



los pacientes, en lo que podría suponer un reconocimiento tácito de sus limitaciones.

Finalmente, aparecía lo que definíamos como el síndrome de Auschwitz, en referencia a la deficiente gestión de los tiempos de espera de los resultados de las pruebas diagnósticas, tiempo en el que la angustia vital suele convertirse en compañera de viaje, así como la estigmatización social antes citada, que los pacientes resumen en una frase muy simple: *«no saben qué decirme, ni cómo tratarme»*. Los resultados de este estudio permiten asumir la siguiente frase de Elisabeth Klüber Ross: *«ser un buen médico no tiene que ver con anatomía ni con recetar los medicamentos correctos»*.

Un estudio cualitativo aún no publicado⁴, realizado en mujeres afectadas de osteoporosis y que formaban parte de asociaciones de afectadas por la enfermedad, también ponía en evidencia una percepción negativa de la relación médico-paciente, que era expresada por una de las participantes en el estudio con la frase: *«los médicos no saben»*. Las percepciones que tenían las participantes en el estudio eran las siguientes: falta de interés, atención e información; negativa a la realización de pruebas diagnósticas complementarias; no se realizaba un seguimiento adecuado del paciente una vez diagnosticada la condición clínica y prescrito el tratamiento, y la gran presión asistencial de los médicos. La principal demanda de las pacientes estaba relacionada con la obtención de información apropiada. Y esta demanda se contrastaba al comprobar que parte de las pacientes entrevistadas confundían la osteoporosis con la

artrosis, desconociendo que la primera es una condición clínica indolora, lo cual les llevaba a desconfiar de los tratamientos que los médicos prescribían de forma adecuada. El estudio cuantitativo realizado en 6.528 mujeres españolas mayores de 16 años en el año 2001 puso en evidencia que 3 de cada 4 no recibían información inteligible sobre temas de salud y que la que recibían no la entendían (www.obsym.org).

Los resultados de los estudios citados, así como de otros similares, ponen en evidencia la amplia capacidad de mejora en la corrección de las tres asimetrías existentes entre médicos y pacientes: información-comunicación, conocimiento y experiencia. En este sentido, cabe recordar que el hecho de estar enfermo conlleva no sólo una alteración orgánica sino una afectación psicológica y social que vendría definida por el síndrome del desasosiego⁵: desánimo, desdicha, desolación, desaliento, desgracia, desencanto, desazón, desconcierto, desamparo y desconfianza.

Sobre la historia natural de la profesión

Escribía Elisabeth Klüber Ross que *«una realidad que no se enseña en la facultad de medicina es que un corazón compasivo puede sanar casi todo»* y, en ese sentido, cada vez existe más evidencia científica sobre los beneficios terapéuticos de la denominada medicina basada en la afectividad, tanto en la calidad de vida del enfermo como, y quizás esto sea lo más relevante, en la supervi-



vencia⁶. Es por ello que quizás sea necesario que los pacientes distingan en los médicos una serie de virtudes y valores que, una vez asumida la de competencia técnica, sean los que les califiquen como aptos para la práctica de la profesión. Por tanto, no sólo se quiere buenos médicos, sino también médicos buenos. Y en ese sentido se toman las definiciones de «virtud» como: *«integridad de ánimo y bondad de vida»*, *«recto modo de proceder»* y *«eficacia para conservar o restablecer la salud corporal»*, y de «valores» como: *«atribución de cualidades positivas para realizar una actividad»* y *«subsistencia o firmeza de un acto»*, obtenidas todas ellas del Diccionario de la Real Academia Española. Es por tanto la profesión médica, a diferencia de Ulrich, el personaje de la obra de Musil, una profesión con atributos.

Las virtudes y valores son importantes porque condicionan los estilos de práctica profesional y determinan la relación de la profesión con la sociedad. Contienen de forma implícita concepciones emocionales sobre lo que está bien y lo que está mal, y sobre lo que es admisible y tolerable y lo que no lo es. Los pacientes deben conocer cuáles son las virtudes y los valores de la profesión y han de poder decidir cómo quieren que sean sus médicos. Éstos, por otra parte, tienen la obligación de comunicar a los ciudadanos cualquier circunstancia que no les permita satisfacer sus expectativas y cumplir con los términos del contrato implícito existente. Si nos atenemos a los resultados de los estudios citados en el apartado anterior, es posible que la profesión médica no esté respon-

diendo a las expectativas y a la confianza depositada por los pacientes. ¿Es necesario realizar un estudio científico para evaluar este fenómeno? ¿Es éste un tema tabú? Si eso fuera así, los profesionales tendrían que romper la conspiración del silencio, ser honestos consigo mismos y hacerse estas tres preguntas: ¿cuál es mi misión en esta sociedad?, ¿qué profesionales representan los roles a imitar? y ¿puedo ser como ellos?

Elizabeth Costello, el personaje imponente del premio Nobel de literatura del año 2003 J. M. Coetzee, introduce el concepto de «ignorancia deliberada o voluntaria» para hacer referencia a la actitud que presentaban los ciudadanos alemanes hacia las consecuencias del holocausto durante el nazismo. Este mismo concepto es ampliamente documentado por W. G. Sebald⁷. El concepto podría ser válido, aunque en una aplicación totalmente distinta, al referirnos a dos aspectos relacionados con la práctica de la medicina: la ignorancia deliberada respecto a la ausencia de una enseñanza práctica sobre los valores y las virtudes de la profesión médica en las facultades de medicina, el hábito compasivo mencionado por Klüber Ross, entre ellas, y la posible negligencia con respecto a la adopción de esas virtudes y valores en el ejercicio de la práctica profesional cotidiana. Si estas negligencias existen, la profesión debe denunciarlo a la ciudadanía y tiene que proponer alternativas de mejora que permitan recuperar la confianza de los pacientes. La autojustificación y la transferencia de culpas a terceros no son atributos que formen parte de la historia natural de la profe-



sión. En este sentido, es esencial que la profesión médica recupere a sus profesionales y que éstos no se escondan ante fenómenos que superen su capacidad de comprensión y actuación.

Es Elizabeth Costello la que mejor define el término compasión como: «*compartir el ser ajeno*», atributo muy distinto al de sentir o tener pena de alguien. Y es ese hábito compasivo lo primero que los pacientes piden a sus médicos y, por tanto, la primera virtud sobre la que debería sustentarse la condición de profesional. El hábito compasivo es una virtud que se fundamenta en dos principios: altruismo para hacer el bien y reciprocidad. El primero de ellos es intrínseco a la práctica de la medicina, dado que es ésta una profesión orientada al servicio de los demás, solidaria con los enfermos. Implica una concepción del bien y una negación del mal. El principio de reciprocidad establece que el profesional tratará al enfermo y a todos los enfermos como le gustaría que le trataran a él en esas circunstancias. Lleva implícita una concepción de justicia y de subsidiariedad. Además, lleva otras virtudes asociadas, como son honestidad, confidencialidad, respeto, trato digno y confianza. Esas virtudes definen la relación médico-paciente como un encuentro entre personas.

Un análisis de la historia natural de la profesión médica indicaría una transición de un modelo virtuoso hacia un modelo más técnico-científico, sin que se haya producido una verdadera reflexión colectiva sobre las potenciales ventajas de combinar ambos modelos. En este sentido, se tiene la sensación

de que cuanto más aprenden los médicos sobre cómo tratar enfermedades más desaprenden sobre cómo tratar a los enfermos. Y ello puede acabar convirtiendo la investigación en el opio de la medicina. El éxito del modelo científico-técnico tendría como efecto secundario el mostrarse inconsciente ante el dolor ajeno. Por otra parte, la desvirtuación progresiva de la profesión médica conlleva un elevado riesgo de desmotivación, insatisfacción y pérdida de autoestima, que acaba transfiriéndose en una atención sanitaria de menor calidad. Todo ello conduce a una situación de desmotivación y desconfianza en uno mismo que promueve la adopción de la medicina como una ocupación en lugar de como una profesión, lo que constituye un claro ejercicio de dimisión profesional. En estas circunstancias, ¿cómo se puede ser capaz de ofrecer estima a un paciente si se pierde la autoestima? Cabe recordar que lo contrario de cuidar es descuidar.

La historia natural de la profesión médica supone el planteamiento de un doble contrato profesional. Un primer contrato sería entre médicos, con el objeto de decidir cuáles son las virtudes y los valores de la profesión, así como los medios que se precisan para materializarlos. La adopción de este contrato profesional debería crear normas que promuevan la confianza mutua entre profesionales, renovar la identidad de grupo y recuperar el sentido de la eficacia en el ejercicio de la profesión. De esta forma, la autonomía constituye un valor esencial, que sólo se puede adoptar con responsabilidad cuando se tiene un conocimiento pleno de los derechos y de



los deberes de grupo. Se trata de reemplazar una cultura basada en la culpa y en el control por otra basada en la responsabilidad y en la confianza. La profesión no debe ignorar que posiblemente no está cumpliendo las expectativas que ha creado, por lo que su segundo contrato debería establecerse con la sociedad y estaría destinado a construir confianza con los pacientes. Todo ello teniendo en cuenta la aparición de un nuevo modelo de paciente (tabla 3) y el establecimiento de una atención sanitaria centrada en los pacientes (tabla 4).

Los médicos enfermos

Una de las primeras cuestiones a considerar es la relevancia de los pacientes como personas con conocimiento y experiencia en la vivencia de la enfermedad y, por tanto, con capacidad para realizar aportaciones que

TABLA 3. El nuevo modelo de paciente

1. Cuenta con un mayor nivel educativo
2. Tiene acceso a mayor información sobre salud mediante Internet y los medios de comunicación
3. Incorpora una cultura de derechos del consumidor
4. Presenta mayor tendencia a formar parte de asociaciones de pacientes
5. Busca estrategias de autocuidado
6. Contempla la salud como un bien individual, por lo que se manifiesta activo en su defensa
7. Es más consciente de sus derechos como paciente
8. Participa en las decisiones sanitarias

TABLA 4. Bases de una atención centrada en el paciente

1. Evitar demoras en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad
2. Entrenar a los médicos y profesionales de la salud en habilidades de comunicación y en humanidades
3. Establecer modelos de contratos terapéuticos entre profesionales y pacientes, en los que se designe a un profesional como tutor o responsable del enfermo
4. Promover un modelo de atención integral que incluya el apoyo psicológico desde el inicio del proceso de enfermar
5. Integrar al paciente y a los familiares en la organización de la asistencia sanitaria
6. Favorecer una mejor coordinación entre servicios y niveles asistenciales
7. Promover la solidaridad social con los enfermos, evitando la discriminación laboral y desmitificando la sensación de tragedia asociada a la enfermedad
8. Establecer servicios multidisciplinares de apoyo de 24 horas para situaciones de crisis y urgencias
9. Integrar los principios de la Declaración de Barcelona en la asistencia sanitaria
10. Elegir representantes de los pacientes como miembros de los gobiernos corporativos de las instituciones sanitarias

mejoren la relación médico-paciente y la calidad de la atención sanitaria proporcionada. Esta aportación es complementaria al conocimiento y a la experiencia que tiene el médico en el ejercicio de la profesión y que está centrada en la etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de condiciones clínicas. La bibliografía sobre comunicación y relación médico-paciente es muy amplia y, posible-



mente, lo que parece pertinente en estos momentos es fomentar la aplicación de la misma y evaluar sus resultados. Esta aplicación debe iniciarse por un cambio de las actitudes de los médicos hacia los pacientes y adoptar en la práctica profesional las virtudes citadas en el apartado anterior. En este cambio de actitud pueden desempeñar un papel muy importante los médicos enfermos, si logran librarse del síndrome de la fatalidad y del estigma asociado al hecho de ser médico y estar enfermo. Convendría recordar aquella frase de Elisabeth Klüber Roos que decía: *«todos los seres humanos, al margen de nuestra nacionalidad y nuestra situación económica, tenemos necesidades, deseos y preocupaciones similares»*. A ello sólo cabría añadir que todos los seres humanos, por el hecho de serlo, también enfermamos.

En conclusión, y adaptando dos citas más de Elisabeth Klüber Ross, podríamos afirmar que: *«El médico enfermo ha conocido la derrota, el sufrimiento, la lucha y la pérdida, y si ha sabido salir de las profundidades, tiene una apreciación, una sensibilidad y una comprensión de la vida que le llena de compasión, amabilidad y solidaridad»*. Es quizás por ello que están en condiciones de promover que además de buenos médicos tengamos médicos buenos o, al menos, así los perciban los pacientes.

Agradecimiento. A Salvador Jovell Baró (epd) por ser un profesional con virtudes y a María Dolors Navarro Rubio por los comentarios realizados a este trabajo y a otros similares.

Notas

1. Este apartado está basado en la introducción de «El Futuro de la Profesión Médica», que se puede encontrar en www.fbjoseplaporte.org/confianza.
2. Las referencias a Elisabeth Klüber Ross están obtenidas del libro *Una vida plena*. Barcelona: Ediciones B, 2004, que recoge extractos de su bibliografía *The wheel of life*, 1997.
3. Ver el estudio «El paciente oncológico» en www.fbjoseplaporte.org.
4. El estudio ha finalizado en febrero de 2005 y los principales resultados del mismo serán publicados en www.webpacientes.org.
5. Jovell AJ. Gestión afectiva. *Siete Días Médicos*, núm. 600, 2004.
6. Jerome Groopman en su libro *The Anatomy of Hope* revisa diferentes experiencias sobre el efecto sanatorio de la esperanza en pacientes afectados de cáncer y SIDA; y David Spiegel tiene una amplia bibliografía en la que revisa el efecto curativo del soporte emocional en pacientes afectados de cáncer y otras enfermedad crónicas.
7. JM Coetzee. Elizabeth Costello, 2004. WG Sebald. Sobre la historia natural de la destrucción, 2003.
8. Realizado en 6 grupos focales en julio de 2001.



EL CREDENCIALISMO COMO GARANTÍA DE CALIDAD EN EL CONTEXTO SOCIAL. RELACIONES CON EL PROFESIONALISMO MÉDICO

RICHARD L. CRUESS Y SYLVIA R. CRUESS

McGill University. Centre for Medical Education. 1110 Pine Avenue Est. Montreal, Quebec (Canadá).

Introducción

En las últimas décadas hemos asistido a profundos cambios en la relación de la profesión médica con la sociedad. El desarrollo de la ciencia moderna ha hecho que la asistencia sanitaria se convierta en algo esencial para el disfrute de la vida y los ciudadanos demandan, por un lado, más asistencia sani-

Richard L. Cruess es BA por la Universidad de Princeton y Licenciado en Medicina por la Universidad de Columbia. Es profesor de cirugía ortopédica y miembro del Centro de Educación Médica de la Universidad McGill. Anteriormente ha sido Catedrático de Ortopedia (1976-1981), Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad McGill (1981-1995) y Presidente de la Asociación Canadiense de Colegios Médicos (1992-1994). Es miembro de la Orden de Canadá y de la Orden Nacional de Quebec. Desde 1995 está llevando a cabo investigación independiente sobre profesionalismo médico.

Sylvia R. Cruess es BA por el Colegio Vassar y Licenciada en Medicina por la Universidad de Columbia. Es endocrinóloga, profesora de Medicina y miembro del Centro de Educación Médica de la Universidad McGill. Anteriormente ha sido directora del Centro de Día sobre Metabolismo (1968-1978) y directora médica del Hospital Royal Victoria (1978-1995) de Montreal, así como miembro de la Comisión Deschamp sobre investigación de la conducta humana en organizaciones. Desde 1995 está llevando a cabo investigación sobre profesionalismo médico.

taria y, por otro, mayores garantías sobre su calidad.

Garantizar la calidad en medicina pasa por el proceso de regulación, el cual puede ser de carácter interno, a través de la autorregulación, o externo, ya sea por los gobiernos, el sistema legal o las organizaciones^{1,2}. Aun cuando la regulación de la profesión médica difiere en los diversos países, por lo que se refiere a los estándares y la supervisión de la práctica, en todos ellos resulta crucial el sistema de credenciales. La confianza de la población, ya sea en el médico a título individual o en la profesión en conjunto, depende en alto grado de la integridad, la validez y la confianza en el sistema de credenciales. Cuando un paciente determinado utiliza los servicios de un médico que ha sido certificado como competente en medicina de familia (medicina general) o en otra especialidad, da por sentado que tales credenciales constituyen un seguro de que la asistencia que va a recibir va a ser la adecuada según los estándares del momento.

El diccionario Oxford define la credencial como «una calificación, logro, etc., especial-



mente cuando tiene que ver con la adecuación»³. Asimismo afirma que el término deriva de «*credentia*», cuya equivalencia en inglés es «*credence*»: creencia o aceptación de algo como verdadero. Cuando se aplica este concepto en el ámbito social, y en especial en el campo de la asistencia sanitaria, resulta obvio que la utilización de credenciales se relaciona con sus raíces históricas y tiene como objetivo la identificación de que alguien que posea dichas credenciales es un individuo cualificado, así como el que tales credenciales se basan en una valoración rigurosa de sus capacidades.

Collins, en su influyente libro «*La sociedad credencial*», analiza el origen y la evolución del sistema de credenciales en la sociedad occidental y enfatiza su importancia creciente, a medida que la sociedad demanda servicios más complejos y éstos devienen más esenciales para el bienestar de los individuos⁴. Al discutir su aplicación en el campo de la medicina, relaciona el sistema de credenciales con la aparición del concepto de profesión. Así pues, la evolución del sistema, incluyendo la titulación básica, la licencia de práctica y, muy especialmente, la certificación, se halla indisolublemente unida a la evolución del profesionalismo.

Credencialismo y profesionalismo

Las profesiones tienen su origen en los gremios y en las universidades medievales de Inglaterra y de Europa^{5,6}. Desde buen comienzo, los criterios de admisión a una pro-

fesión fueron establecidos y entendidos como una garantía de la posesión de un determinado grado de conocimientos y habilidades. Las interpretaciones posteriores por parte de las profesiones más antiguas remarcaron su carácter exclusivista y la voluntad de establecer monopolios⁷⁻⁹, por más que en su aplicación al mundo real una cierta garantía implícita de calidad fue siempre intuida tanto por la profesión como por la sociedad. Hasta mediados del siglo XIX el impacto de las profesiones en la sociedad fue relativamente escaso y, en el caso de la medicina, esto derivaba de que compartía su función de curación con otras muchas disciplinas y de que la ciencia era muy rudimentaria, lo que hacía que, muy a menudo, se obtuviera un escaso beneficio para la salud del paciente⁶. Por otro lado, no se disponía de un grado de bienestar nacional suficiente para garantizar una atención sanitaria a todo el mundo y no sólo a una élite privilegiada. Todo esto cambió sustancialmente a raíz del crecimiento económico derivado de la revolución industrial y del desarrollo de la ciencia moderna, lo que permitió que cada individuo pudiera acceder a una atención sanitaria cualificada. Llegados a este punto, se hizo patente la necesidad de introducir medidas para organizar la prestación de la asistencia sanitaria, en parte debido a que la sociedad demandaba una garantía de calidad. Los gobiernos de todo el mundo occidental, presionados por las recientemente constituidas organizaciones profesionales, aceptaron la existencia de las profesiones como un mecanismo para organizar la prestación de los



complejos servicios solicitados⁶. Las organizaciones médicas americana¹⁰, inglesa¹¹ y canadiense¹² requirieron de los gobiernos la introducción de un sistema de credenciales -ya fuera la licencia de ejercicio o los registros- que, de hecho, constituía un monopolio del ejercicio de la medicina. Los gobiernos, en nombre de la sociedad, delegaron algunas parcelas de su autoridad en las profesiones, sobre la base de que éstas se convirtieran en garantes de la competencia de sus miembros mediante un proceso de autorregulación. Esto constituyó una parte fundamental del contrato social establecido entre la sociedad y las profesiones^{5,13}, del cual se derivaba que la sociedad les concedía la autonomía del ejercicio, prestigio y ventajas económicas, así como el monopolio del uso del conocimiento y el privilegio de la autorregulación, en el bien entendido de que las profesiones deberían garantizar la competencia de sus miembros, proveer servicios de manera altruista, demostrar un alto grado de ética e integridad en sus actuaciones (incluido el sistema de credenciales) y solucionar los problemas de interés para la sociedad. Estas asunciones iniciales, que siguen constituyendo la base del contrato social de hoy en día, propiciaron la aparición de la profesión médica moderna, con sus derechos, privilegios y obligaciones inherentes. Una de las más importantes y evidentes de dichas obligaciones fue el establecimiento de un sistema de credenciales por la vía de la autorregulación.

Una de las razones principales para la delegación a la profesión médica de autoridad para autorregularse, a través de su sistema

de credenciales, fue y continúa siendo la complejidad del conocimiento médico^{2,5,6,10}. De ello derivan dos consecuencias. En primer lugar, se da una discrepancia sustancial entre los conocimientos del paciente y el saber del médico capacitado, la cual se acentúa por el hecho de que los pacientes suelen ser individuos enfermos y sometidos a circunstancias estresantes y, por otro lado, persiste a pesar de la disponibilidad de información sobre las enfermedades y su tratamiento en Internet, debido a que los pacientes no están preparados para utilizar dicha información; por ello, una buena garantía de la competencia incrementa la confianza en el médico y contribuye decisivamente al proceso de curación¹⁴. La segunda consecuencia derivada de la complejidad del saber se refiere a la dificultad de los no profesionales a la hora de valorar la actuación profesional; por lo cual la sociedad, a través de los gobiernos, ha creído conveniente delegar la responsabilidad del establecimiento y mantenimiento de los estándares asistenciales en la profesión a través de sus organismos de licencia de ejercicio y de las organizaciones profesionales^{2,15,16}.

El principio de la autorregulación y del sistema de credenciales inherente vino siendo aceptado sin demasiadas objeciones, hasta que aparecieron más y más casos documentados de fallos en la aplicación de la responsabilidad de la profesión médica para garantizar la competencia de sus miembros^{5,7,17}. A medida que se hicieron patentes los problemas relacionados con la calidad asistencial, la profesión fue acusada de abu-



sar del corporativismo, propio del profesionalismo¹⁸, protegiendo a los miembros incompetentes o con lagunas éticas en su comportamiento; de aplicación laxa de sus normas estrictas, y de usar su posición de privilegio para favorecer los intereses de sus miembros^{6,7-9}. El público empezó a perder confianza en el sistema de credenciales y los gobiernos se vieron forzados a hacer frente al dilema de que, por un lado, mientras que la profesión seguía siendo responsable de la aplicación de su sistema de credenciales, se veía criticada por los fallos de sus miembros a título individual o del propio sistema y, por otro lado, de que si los propios gobiernos aceptaban su responsabilidad directa, las quejas inevitablemente se dirigirían a los organismos gubernamentales encargados de la regulación profesional^{19,20}. Todo ello explica por qué, hasta muy recientemente, los sistemas de regulación de la profesión médica habían estado relativamente libres de supervisión externa.

Está ampliamente aceptado que la confianza en la actuación del médico individual y en la profesión en conjunto deviene fundamental si se quiere mantener el estatus de la profesión médica⁴⁻⁶. La historia demuestra que dicha confianza depende, en alto grado, de la creencia del público acerca de cómo la profesión cumple sus obligaciones establecidas en el contrato social. Esta percepción pública ha sido ampliamente analizada por los científicos sociales que han estudiado el estatus de las profesiones en la sociedad. Durante la primera mitad del siglo XX, la confianza en la profesión médica se mantuvo en

unos niveles muy altos^{21,22}. Los primeros científicos sociales que estudiaron el profesionalismo describieron los derechos y privilegios otorgados a la profesión y las obligaciones exigibles a los médicos^{23,25} y enfatizaron el potencial conflicto existente entre el altruismo y el interés propio, aunque estimaron que el compromiso de servicio de la profesión bastaría para asegurar el comportamiento altruista. De manera indudable, transmitieron la opinión mayoritaria acerca de la plena confianza del público en la profesión médica. Pero por las décadas de los 60 y de los 70 fue emergiendo por todas partes una «sociedad cuestionadora», que veía con escepticismo todo atisbo de autoridad^{6,9,11}. En este contexto, las proclamas de altruismo de la medicina fueron vistas como poco creíbles y la autorregulación como insuficiente. La medicina fue acusada de una aplicación irregular de sus estándares, demasiado laxos, y de utilizar el corporativismo de la profesión para proteger a los médicos incompetentes o con comportamientos poco éticos. Y así, el público en general fue perdiendo confianza en el sistema de credenciales.

Vale la pena tener en cuenta las opiniones más recientes de los científicos sociales que han estudiado el profesionalismo a lo largo de las dos últimas décadas^{5,6,26}. Durante la «etapa dominante» de la medicina, ésta tuvo una gran influencia sobre las políticas públicas y llevó a cabo sus deberes reguladores con muy poca supervisión externa^{5,6}, pero cuando el Estado o el mercado devinieron dominantes, la profesión perdió una gran parte de su influencia^{6,26,27}, a medida



que se iba instalando la creencia de que la autonomía y la autorregulación profesionales no se ejercían mirando el beneficio de la sociedad. Recientemente, como resultado de la dominancia del Estado o del mercado en el campo de la asistencia sanitaria, muchos sociólogos han hecho un llamamiento en favor del retorno del profesionalismo médico, enfatizando que una mejor autorregulación (p. ej., el sistema de credenciales) constituye un requisito apremiante^{5,6,10,26,28}.

Credencialismo en la Medicina Occidental

El credencialismo en medicina se pone en práctica mediante dos procesos distintos: la acreditación de instituciones y de programas docentes y la certificación y licencia de ejercicio de los médicos^{15,16}. El proceso de acreditación suele aplicarse otorgando credenciales por un período de tiempo limitado. Hasta hace poco, tanto el proceso de licencia de ejercicio como el de certificación solían ser de duración ilimitada. Sin embargo, bajo la presión de los gobiernos y de la sociedad a raíz de los procesos contra médicos incompetentes o con comportamientos no éticos^{17,29-31}, se ha venido a cuestionar aquel credencialismo otorgado de por vida³²⁻³⁴ y en todos los países existe una presión creciente para que los médicos demuestren formalmente el mantenimiento continuo de su competencia y se recertifiquen.

La licencia de ejercicio valora el nivel de conocimientos del médico y autoriza la prác-

tica de la medicina, ya sea como médico general o como especialista^{15,16,35}. La certificación, por su lado, es otorgada por un «*board*» o sociedad de especialidad y reconoce la competencia en una determinada especialidad o subespecialidad médica.

Credencialismo de instituciones y programas docentes

Acreditación de facultades de Medicina

En 1904 la Asociación Médica Americana (AMA) creó su Consejo de Educación Médica e inmediatamente después estableció sus criterios de acreditación de facultades de Medicina^{10,36}. Puesto que por aquellos tiempos podía haberse visto con malos ojos que unos miembros de la profesión hablaran mal de otros, la AMA convenció a la Fundación Carnegie para que encargara el Informe Flexner, con el objetivo de evaluar la bondad de la educación médica en cada una de las facultades de medicina de Norteamérica³⁷. Un informe semejante se realizó, un tiempo después, en el Reino Unido. Desde entonces, las facultades de medicina han venido evaluando regularmente sus criterios de admisión, la adecuación de sus «currícula», los recursos disponibles para enseñar y la «*performance*» (rendimiento) de sus graduados. En caso de encontrar deficiencias, las facultades entran en un período de prueba para que pongan remedio y, en caso de no hacerlo, son excluidas. El proceso se basa fundamentalmente en la autoevaluación de la institución, utili-



zando los estándares establecidos³⁸. El órgano de gobierno incluye representantes de diversas organizaciones médicas y del público en general.

Para que la acreditación sea efectiva deben existir sanciones, de forma que los graduados en facultades no acreditadas sean rechazados para formarse en programas de posgrado en Norteamérica y encuentren serias dificultades para ser aceptados a participar en las pruebas para la obtención de la licencia de ejercicio.

Acreditación de programas docentes de posgrado

Durante siglos, los médicos han viajado para estudiar en instituciones de reconocido prestigio o para formarse al lado de reconocidos expertos. El crecimiento de la educación formal de posgrado se produjo básicamente en el siglo XX, habiendo comenzado con la oferta de un año de residencia en un reducido número de hospitales, antes de la primera guerra mundial^{10,36,39}. Hacia 1916, el Consejo de Educación Médica de la AMA visitaba las instituciones educativas y por los años 1920 estableció estándares mínimos para los programas de posgrado^{10,39}. En 1923 empezó a publicar las listas de centros acreditados (equivalente al listado de programas acreditados).

El incremento de la especialización en medicina originó una evidente necesidad de acreditación y en todo el mundo se crearon diferentes organismos responsables de la misma. En Estados Unidos, los «boards» de especialidades asumieron la responsabilidad,

coordinándose con el Consejo Americano de Educación Médica Graduada (ACGME) y el «Board» Americano de Especialidades Médicas (ABMS)^{10,36,39}. A partir de la introducción de la formación posgraduada en Estados Unidos, se empezaron a acreditar programas hospitalarios. En Canadá se creó el «Royal College of Physicians and Surgeons» como organismo encargado de la acreditación de los programas de especialidad, al que se añadió en 1955 el Canadian College of Family Practice para el ámbito de la medicina de familia^{12,40}. Tales organizaciones originalmente acreditaban programas hospitalarios, pero en 1970 decidieron que toda formación de posgrado debía ser universitaria y, en consecuencia, a partir de entonces sólo se acreditaron programas universitarios. En el Reino Unido los programas educativos son acreditados por los diversos «Royal Colleges», muchos de los cuales cuentan con una larga y rica trayectoria^{6,39}.

Tales procesos de acreditación se basan en la autoevaluación por parte de la institución y en el «peer review» (evaluación por colegas). Las sanciones por no cumplir los requisitos establecidos comportan la imposibilidad de conceder certificados de competencia, que son necesarios para acceder a un puesto de trabajo en la actualidad.

Acreditación de hospitales

Por más que no esté directamente relacionada con la acreditación individual para ejercer la medicina, la acreditación de hospitales debe ser tenida en cuenta a la hora de discu-



tir sobre el credencialismo como garantía de calidad. Puesto que una gran parte de la educación médica tiene lugar en hospitales, los estándares del centro pueden influir decididamente en el proceso educativo. Aunque no fue éste el propósito inicial de la acreditación de hospitales cuando fue instaurada en 1916 por el Colegio Americano de Cirujanos para mejorar la calidad asistencial⁴¹, a medida que se fue desarrollando el proceso de acreditación en Norteamérica se hizo cada vez más necesario que la formación posgraduada se llevara a cabo únicamente en instituciones que no sólo reunieran los requisitos mínimos sino que, además, exhibieran un alto grado de excelencia^{10,39}. Como consecuencia, a la hora de acreditar un hospital docente, la pertinencia de las instalaciones y de los recursos destinados a la educación constituyen un importante capítulo del proceso de acreditación. Como en el caso de otros procesos de acreditación, también aquí se basa en la autoevaluación de la institución y en un proceso de «*peer review*». La acreditación se lleva a cabo periódicamente y las sanciones ocupan un lugar importante, puesto que la formación de posgrado no puede llevarse a cabo en hospitales que no estén debidamente acreditados por no cumplir los requisitos.

Credencialismo de individuos

Licencia de ejercicio

La historia de la licencia de ejercicio varía de unos países a otros, pero es a mediados

del siglo XIX cuando aparece la necesidad de introducir alguna forma de credencialismo en la mayoría de ellos^{6,10,32,39}. Dada la existencia de múltiples proveedores de asistencia sanitaria, el público necesitaba algún sistema de garantía de la calidad a medida que la ciencia moderna posibilitó una asistencia más compleja y, consecuentemente, de más difícil regulación. Las por entonces recientemente creadas asociaciones profesionales nacionales actuaron de «lobbies» ante los respectivos gobiernos, con objeto de obtener el privilegio de decidir y mantener los requisitos para poder ejercer y para asegurar la calidad de la asistencia. Además, solicitaron y obtuvieron el monopolio de la práctica de la medicina. En el Reino Unido, el sistema centralizado de registro de los médicos autorizados fue creado por el «General Medical Council»⁴⁵. En Estados Unidos y Canadá, ambos con sistemas políticos federales, los diversos estados y provincias legislaron para la introducción de organismos reguladores de la licencia de ejercicio^{10,12}, los cuales establecieron los requisitos para el ejercicio que, en general, incluían la titulación en una escuela acreditada, un mínimo de formación posgraduada, y la superación de un examen, con aplicación de diferentes metodologías, sobre conocimientos y habilidades.

Relicencia y revalidación

Hasta hace poco, a menos que existiera una demostración evidente de incompetencia o de comportamiento no ético, la licencia de ejercicio era de por vida. Pero en las últimas



décadas se ha ido tomando conciencia de que una credencial otorgada a un médico recién licenciado no constituye ninguna garantía de que su competencia se mantenga a lo largo del tiempo³²⁻³⁴ y, consecuentemente, se ha hecho más fuerte la presión para la reevaluación de la competencia de forma regular y periódica. La profesión médica se ha mostrado muy reticente¹⁷, hasta el punto que Irvine ha podido afirmar que «la relicencia basada en la evaluación de la práctica no existe a pesar de lo mucho que se viene hablando de ella»³⁵. Se ha puesto el énfasis en la revalidación del mantenimiento de la capacidad del médico para cumplir con los requerimientos actuales a través de su participación documentada en programas o actividades educativos, la evaluación de su práctica y la toma en consideración de las opiniones de los pacientes y de los colegas sobre su competencia y conducta³³⁻³⁵. Se han ido desarrollando procesos relacionados con dicha evaluación y se viene poniendo el acento en identificar a los médicos marginales, para los que se aconseja poner en práctica programas educativos y orientativos que les ayuden a superar sus lagunas. La penalización que se aplica es la pérdida temporal o definitiva de la licencia de ejercicio.

Certificación

A diferencia de la licencia de ejercicio, que es absolutamente necesaria para la práctica profesional, la certificación fue considerada en sus comienzos como voluntaria, representando una credencial indicativa de que

el médico en cuestión había demostrado un nivel competencial en un determinado campo de la medicina¹⁰.

El desarrollo de los «boards» de especialidades tuvo lugar, en Estados Unidos, antes de la primera guerra mundial y el primero de ellos (el de oftalmología) se creó en 1913⁴⁴. Otras especialidades le siguieron y en 1933 se creaba el «Board» Americano de Especialidades Médicas (ABMS), con el objetivo de asegurar unos requisitos uniformes, misión que todavía sigue ejerciendo⁴⁵. En Canadá, la certificación de especialidades se introdujo con la creación del «Royal College of Physicians and Surgeons», que debía velar por el mantenimiento de los estándares de las diversas especialidades¹². La introducción de credenciales en el ámbito de la medicina de familia fue una realidad durante la segunda mitad del siglo XX en ambos países^{10,12,42}. Y en el Reino Unido, durante más de 200 años los especialistas han recibido sus credenciales cuando se han afiliado a alguno de los Royal Colleges. Así pues, podemos ver que el credencialismo ha ido surgiendo y desarrollándose a lo largo de la segunda mitad del siglo XX^{6,17,39}.

En Norteamérica ha venido siendo usual que las credenciales de competencia en una determinada especialidad se hayan acreditado mediante la superación de un examen y la realización de un programa formativo acreditado. En el Reino Unido, los exámenes no suelen ser una práctica habitual y se prefiere la realización de un programa formativo acreditado.

El auge de las subespecialidades ha contribuido a ampliar considerablemente el nú-



mero de los organismo acreditadores y, así, se ha incrementado extraordinariamente la diversidad de credenciales públicas. Por más que esto ha venido a complicar aún más los sistemas sanitarios, constituye una realidad de la vida moderna y todo hace prever que va a continuar en el futuro.

Recertificación

Al igual que para el caso de la licencia, la idea de que la certificación de la competencia del médico en un momento determinado pueda servir de garantía de su mantenimiento a lo largo del tiempo ya no se puede seguir sosteniendo^{32,46}. El acelerado crecimiento del saber y de la innovación tecnológica exige que el médico deba ir actualizando continuamente sus conocimientos y habilidades. Ha habido suficientes casos de incompetencia o de comportamiento no ético como para que el público exija pruebas del mantenimiento de la competencia¹⁹, lo que ha contribuido a que proliferen las opiniones a favor de la recertificación de los médicos⁴⁷, actualmente un requerimiento del «Board» Americano de Especialidades Médicas y de diversos «boards»examinadores⁴⁷.

Así pues, en la actualidad las credenciales otorgadas ya no son ilimitadas y se exige una revisión periódica de la práctica, lo que se lleva a cabo mediante diversas metodologías que incluyen los exámenes sobre conocimientos, la documentación sobre los patrones de práctica, el «*peer review*» y la opinión de otros médicos y de los pacientes⁴⁴. Dado que los patrones de práctica varían extraor-

dinariamente, parece lógico que el proceso se circunscriba a cada médico en particular, con el objetivo de acreditar el mantenimiento de su competencia y otorgarle la oportuna credencial. Hay que señalar que tales métodos van haciéndose cada vez más sofisticados y rigurosos y que la información que proporcionan debe hacerse pública para proporcionar garantías de la competencia individual.

El futuro

La situación actual es el resultado de la evolución del credencialismo en medicina a lo largo de un siglo y medio. Hay que remarcar el hecho de que, desde el punto de vista de la sociedad, el objetivo permanece inalterable: la protección del público mediante un sistema de credenciales que asegure, a la vez, la competencia del médico y la optimización de la calidad asistencial. Inicialmente el foco de atención venía siendo la existencia de unos estándares y la constatación de que eran observados por el médico. Con el tiempo, el énfasis se ha ido desplazando hacia la constatación de que el médico mantiene su nivel de conocimientos y de habilidades, así como su profesionalismo.

Podemos identificar cuatro grandes tendencias. En primer lugar, si en un comienzo la idea fue que la licencia otorgaba al médico la capacidad de ejercer en cualquier campo de la medicina, en la actualidad la certificación de la competencia se circunscribe a campos muy reducidos de especialización. En segundo lugar, la experiencia ha demos-



trado que un médico que ha recibido sus credenciales en un momento determinado de su carrera profesional no necesariamente va a mantener sus conocimientos y habilidades actualizados a lo largo de su vida, por lo que debe introducirse algún tipo de evaluación periódica de estos componentes competenciales⁴⁶. En tercer lugar, la capacidad de la profesión médica para garantizar que la competencia inicial y continuada de sus miembros a través de la autorregulación están aseguradas ha demostrado sus flaquezas y cada vez más la sociedad demanda cambios en el marco en el que se ejerce la autorregulación, llegando incluso a exigir la limitación de los privilegios de la profesión por lo que respecta a su regulación¹⁷. Finalmente, durante décadas la medicina ha venido aplicando su proceso de credenciales en un marco de secretismo, sin la participación del público, lo cual ya no es aceptado hoy por hoy, de manera que se exige la participación del público en los organismos reguladores en un número cada vez mayor, que para algunos incluso debiera ser mayoritario^{43,48}.

Estas tendencias son el resultado de una combinación de factores que incluye el aumento del coste de la medicina, su importancia para el bienestar de la sociedad, las demandas de un mayor compromiso de la profesión y, de forma incuestionable, el evidente fracaso de la autorregulación profesional. El informe sobre la incidencia de errores médicos en diversos países³⁰, la amplia publicidad sobre los casos de mala práctica en Estados Unidos⁴⁹, los casos Bristol y Shipman en el Reino Unido¹⁷, un episodio seme-

jante al caso Bristol ocurrido en Canadá³¹, y la incapacidad de la medicina para manejar los frecuentes conflictos de intereses⁵⁰, han conducido a que el público y los políticos piensen que el sistema de credenciales no es suficientemente riguroso. El futuro vendrá caracterizado por las presiones procedentes tanto del interior de la propia profesión como de fuera de la misma, para mejorar el sistema de credenciales. Las presiones externas de los gobiernos y las organizaciones van a conducir a un mayor grado de compromiso de la profesión con su sistema de credenciales; a una supervisión más acentuada del sistema de regulación, incluyendo la imposición de políticas de gobierno de los órganos reguladores y, finalmente, la remoción del privilegio de la autorregulación en áreas en las que la profesión ha evidenciado su incapacidad para asumir responsabilidades de cambio en dicho proceso y, consecuentemente, en el sistema de credenciales. Todos éstos son cambios que, de hecho, ya se están produciendo.

Nunca se hará demasiado énfasis en el hecho de que el futuro del sistema de credenciales en medicina depende de cómo los organismos reguladores profesionales han llevado a cabo su labor. Al analizar la historia del sistema de credenciales, resulta evidente que en muchos países dicha función se ha ejercido con gran habilidad y creatividad. La acreditación de las facultades de medicina y de sus programas docentes ha sido muy efectiva, en gran parte porque ha habido una tendencia a imponer elevados estándares para dichas instituciones. Adicionalmente,



aun aceptando que siempre se puede aspirar a más, la licencia de ejercicio y la certificación han sido muy eficaces. Los mayores fracasos han ocurrido en el mantenimiento de los estándares, y de ahí el creciente interés por la relicencia, la recertificación y la revalidación. Dame Jane Smith, en su informe sobre el caso Shipman en el Reino Unido, ha concluido que cuando la profesión se enfrenta al dilema de proteger a los ciudadanos o a los colegas, suele optar por lo segundo⁵¹. Si se continúa por este camino y la población lo percibe claramente, no hay duda de que el futuro sistema de credenciales va a ser muy distinto. He aquí por qué la propia profesión tiene la llave del futuro de dicho sistema.

De todas formas, hay razones para el optimismo. Los médicos siguen gozando de un alto grado de confianza por parte de la población y, aunque lo han perdido parcialmente, sigue siendo mucho más alto del que gozan los políticos^{22,25}. Cabe deducir de ello que el público es un aliado potencial en cualquier caso de desacuerdo sobre cómo regular la profesión. Además, muchos observadores creen que los gobiernos se muestran reacios a regular la profesión directamente como consecuencia de los riesgos políticos inherentes¹⁹. Por este motivo va emergiendo el deseo de «regular a los reguladores»¹⁷, estableciendo condiciones más explícitas e involucrando más activamente a la población en el proceso, a costa de minimizar el peso de la propia profesión. Aún así, es muy probable que la autorregulación, incluyendo el sistema de credenciales, siga siendo una responsabilidad de la profesión, a menos que ésta

se muestre claramente incapaz o renuente a ejercer dicha reponsabilidad de manera rigurosa.

Los científicos sociales han dejado claro que la autorregulación ofrece mayores garantías a la población que la regulación externa. William Sullivan ha llegado a afirmar, de manera elegante, que «ni los incentivos económicos, ni la tecnología, ni el control administrativo han demostrado su eficacia para garantizar la integridad contemplada en el ideario del profesionalismo»⁵.

Referencias bibliográficas

1. Vogel D. *National styles of self-regulation*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1986.
2. Stacey M. The Case for and against medical self-regulation. *Federation Bulletin* 1997;84:17-25.
3. Oxford English Dictionary, 2nd ed. Oxford: Clarendon Press, 1989.
4. Collins R. *The Credential Society: an historical sociology of education and stratification*. New York: Academic Press, 1979.
5. Sullivan W. *Work and Integrity: The crisis and promise of professionalism in North America*. New York: Harper Collins, 1995.
6. Krause E. *Death of the Guilds: Professions, States and the Advance of Capitalism, 1930 to the Present*. New Haven: Yale University Press, 1996.
7. Freidson E. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Chicago: Aldine, 1970.
8. Larsen EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005;293:1100-1106.
9. Johnson T. *Professions and Power*. London: Macmillan Press, 1972.
10. Starr P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books, 1984.
11. Vaughan P. *Doctors commons. A short history of the British Medical Association*. London: Heinemann, 1975.



12. Torrance GM. Socio-historical overview. En: Torrance GM, Coburn D (eds). *Health can Canadian society – sociological perspectives*. Markham: Fitzharm and Whitesides, 1987; 6-33.
13. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism – an ideal to be pursued. *Lancet* 2000;365: 156-159.
14. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlove JR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998; 47:213-220.
15. Patterson SM, Vitello EM. The relationship between credentialing and professionalism: adversarial or synchronistic. *J Health Education* 1994;25:201-203.
16. Wolfe J, Cleary H, Stone E. Initiation of voluntary certification program for health education specialists. *Public Health Reports* 1989;104:396-402.
17. Irvine D. *The Doctor's Tale: Professionalism and Public Trust*. Abington: Radcliffe Medical Press, 2003.
18. Ihara CK. Collegiality as a professional virtue. En: Flores A. (ed). *Professional Ideals*. Belmont: Wadsworth, 1988; 56-65.
19. Salter B. *Medical regulation and public trust*. London: Kings Fund Publishing, 2000.
20. Moran M, Wood B. *States, regulation and the medical profession*. Buckingham: Open University Press, 1993.
21. Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA* 2003;290:941-946.
22. Schlesinger M. A Loss of Faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical Profession. *Milbank Quarterly* 2002;80: 185-235.
23. Carr-Saunders AM, Wilson PA. *The Professions*. Oxford: Clarendon Press, 1933.
24. Elliot P. *The Sociology of the Professions*. London: Macmillan Press, 1972.
25. Parsons T. The professions and social structure. *Social Forces* 1939;17:457-67.
26. Freidson E. *Professionalism: The third logic*. Chicago: University of Chicago Press, 2001.
27. Light DW. The medical profession and organizational change: from professional dominance to countervailing power. En: Bird CE, Conrad P, Fremont AM (eds). *Handbook of Medical Sociology*, Fifth Edition. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2001; 201-216.
28. Cruess R, Cruess S. Professionalism and accreditation –one must accompany the other. *Education for Health* 1997;10:147-152.
29. Smith R. All changed, changed utterly. British medicine will be transformed by the Bristol case. *BMJ* 1993;316:1917-1918.
30. Institutes of Medicine. *To err is human; building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.
31. CMAJ- Editorial. Can physicians regulate themselves? *CMAJ* 2005;172;717.
32. Houle CO. *Continuing learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.
33. Dauphinee WD. Revalidation of doctors in Canada. *BMJ* 1999;319;1188-1190.
34. Southgate L, Dauphinee D. Maintaining standards in British and Canadian medicine: the developing role of the regulatory body. *BMJ* 1998;316:697-700.
35. Irvine D. Standards and revalidation or recertification. *Ann Acad Med Singapore* 2004;33:1-5.
36. Ludmerer KM. *Learning to Heal. The Development of American Medical Education*. New York: Basic Books, 1985.
37. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Washington, D.C.: Science and Health Publication, 1910.
38. Kassebaum DS, Culter ER, Eaglen RH. The influence of accreditation on educational change in U.S. Medical Schools. *Acad Med* 1997;72;1126-33.
39. Bonner TN. *On Becoming a Physician: Medical Education in Great Britain, France, Germany, and the United States*. New York: Basic Books, 1995.
40. Coburn D. Professional powers in decline: Medicine in a changing Canada. En: Hafferty FW, McKinlay JB (eds). *The changing medical profession: An international perspective*. New York: Oxford University Press; 1993; 92-104.
41. Rosenberg CE. *The Care of Strangers: The Rise of America's hospital System*. New York: Oxford University Press, 1987.
42. Ludmerer KM. *Time to Heal*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
43. Stacey M. *Regulating British Medicine: the General Medical Council*. Chichester: John Wiley and Sons, 1992.



44. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy FD, Cassel CK, Goode LD, Lipner RS. The role of the physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA* 2004;292:1038-1043.
45. American Board of Medical Specialties. Annual report and revised reference handbook. Evans-ton: American Board of Medical Specialties, March 2003.
46. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005;142:260-273.
47. Norcini JJ. Recertification in the United States. *BMJ* 1999;319:1183-1185.
48. Smith R. Transparency: a modern essential. *BMJ* 2004;328:1136.
49. Studdert DM, Mello MM, Brennan T. Medical Malpractice. *N Engl J Med* 2004;350:283-292.
50. Stevens R. Public roles for the medical profession in the United States: Beyond theories of decline and fall. *Milbank Quarterly* 2001;79:327-353.
51. Smith J. Safeguarding Patients: Lessons learned from the past – proposals to the future. Command Page CM 6394. The Shipman Inquiry. Available: www.theshipmaninquiry.org.uk/reports.asp (accessed 2005 March 17)
52. Mechanic D. In my chosen doctor I trust. *BMJ* 2004;329:1418-1419.

Lecturas recomendadas

- Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism – an ideal to be pursued. *Lancet* 2000;365:156-159.
- Freidson E. *Professionalism: The third logic*. Chicago: University of Chicago Press, 2001.
- Houle CO. *Continuing learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.
- Irvine D. *The Doctor's Tale: Professionalism and Public Trust*. Abington: Radcliffe Medical Press, 2003.
- Krause E. *Death of the Guilds: Professions, States and the Advance of Capitalism, 1930 to the Present*. New Haven: Yale University Press, 1996.
- Ludmerer KM. *Time to Heal*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Mechanic D. In my chosen doctor I trust. *BMJ* 2004;329:1418-1419.
- Schlesinger M. A Loss of Faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical Profession. *Milbank Quarterly* 2002;80:185-235.
- Starr P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books, 1984.
- Sullivan W. *Work and Integrity: The crisis and promise of professionalism in North America*. New York: Harper Collins, 1995.



CONOCIMIENTO PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA

MICHAEL ERAUT

Professor of Education. Institute of Education. University of Sussex. Falmer, Brighton (Reino Unido).

Tres aproximaciones a la definición de conocimiento

Tanto el conocimiento como el aprendizaje pueden ser examinados desde dos perspectivas, la individual y la social. Éstas pueden ser consideradas análogas a las teorías sobre las partículas y las ondas de la luz. Una perspectiva individual del conocimiento y del aprendizaje nos permite explorar tanto las diferencias entre lo que las personas aprenden y la manera en que lo hacen como las diferencias relativas a la forma en que interpretan lo que aprenden. Una perspectiva social centra la atención en la construcción social del conocimiento y de los contextos para el aprendizaje, y sobre el amplio abanico de prácticas y productos culturales que

proporcionan recursos cognitivos para el aprendizaje. Esta situación se ve complicada por las discusiones en torno a lo que se debe considerar conocimiento. Actualmente existen tres definiciones diferentes de conocimiento de uso común, todas ellas en estado de constante evolución.

La profesión médica ha definido habitualmente el conocimiento en términos de **conocimiento codificado**, que hasta hace muy poco ha venido siendo definido como lo publicado en libros y revistas; pero el término «*experteza*»*, que tiene connotaciones más amplias, incluye también los aspectos del conocimiento personal que se desarrollan a través de la experiencia y al margen del sistema del conocimiento codificado. Éste está sujeto a controles de calidad por parte de directores de publicaciones, por el proceso de revisión por expertos y por el debate, y se le ha concedido su status por su incorporación a los programas educativos, exámenes y ca-

Michael Eraut es actualmente Editor de Learning in Health and Social Care y dirige el proyecto TLRP sobre aprendizaje en los estadios iniciales de la carrera profesional. Sus áreas de estudio e investigación han sido la naturaleza del conocimiento profesional, la epistemología del conocimiento práctico, la formación inicial y continuada de gestores, profesionales y técnicos, las relaciones entre la teoría y la práctica y otras similares. En los últimos años sus investigaciones se han centrado en el aprendizaje no formal y el conocimiento tácito en el marco del trabajo profesional desde la perspectiva tanto teórica como práctica. Es autor de numerosas publicaciones sobre estas materias.

**N. de la R.* Aunque no aceptado en el Diccionario de la Lengua Española de la RAE, introducimos el término «*experteza*» (cualidad o condición de experto) como traducción del término inglés *expertise*, cuya habitual traducción a nuestro idioma como «*experiencia*» no contiene el necesario matiz de cualidad o condición de experto.



lificaciones. Los guardianes del sistema de conocimiento codificado son las universidades y los consejos y organizaciones de investigación de carácter público, aun cuando un número cada vez mayor de publicaciones concernientes al conocimiento científico de la disciplina médica es generado ahora por otras organizaciones (Gibbons et al., 1994). Todavía está por ver cómo sobrevivirá este sistema al creciente uso de la publicación y comunicación electrónica que difunde el conocimiento con anterioridad a la publicación en soporte tradicional del mismo. Incluso en su forma actual, el sistema de conocimiento codificado es mucho más complejo de lo que se reconoce habitualmente. Por ejemplo, además de las publicaciones académicas, hay documentos políticos, publicaciones de un gran número de grupos de consumidores, estadísticas médicas, informes de auditoría locales y una gran variedad de historias clínicas de pacientes.

Los elementos nucleares del conocimiento codificado son la **aceptación** y la **verdad**. Toda publicación con aspiraciones cuenta con editores y revisores que controlan la aceptación de lo que reciben para publicación, utilizando criterios de originalidad y, en el caso de revistas de naturaleza más científica, la verdad según los parámetros de los colectivos a los que la publicación quiere atraer como lectores. Algunas personas consideran como no problemáticos estos criterios, al menos en teoría; otras contemplan el sistema de aceptación para publicación como problemático desde el punto de vista socio-político, y como problemática también desde

la perspectiva epistemológica la afirmación de verdad que acompaña a esa aceptación. Aunque es poco probable que los sistemas de conocimiento se desarrollen desde una perspectiva posmoderna, la aceptación o rechazo de trabajos enviados para publicación basados en juicios sobre su fiabilidad y credibilidad son cuestiones básicas en cualquier sistema de conocimiento codificado.

El **conocimiento cultural** que no ha sido codificado desempeña un papel clave en la mayoría de actividades y prácticas en el ámbito laboral. Existen discrepancias considerables sobre hasta qué punto tal conocimiento puede hacerse explícito o representarse en cualquier forma textual, y la evidencia acumulada hasta el momento sugiere que se ha exagerado mucho su convertibilidad en conocimiento codificado (Eraut, 2000). Lo que sí parece gozar de aceptación general es que gran parte del conocimiento cultural no codificado se adquiere de manera informal a través de la participación en actividades sociales, y así demasiado a menudo se «da por supuesto» que las personas no son conscientes de la influencia que éste ejerce sobre su comportamiento. Este fenómeno abarca más ámbitos que el aprendizaje implícito, generalmente asociado al concepto de socialización. Además de las prácticas y los discursos culturales de las diferentes especialidades médicas y de un amplio abanico de otras profesiones sanitarias, se ha de tomar en consideración el conocimiento cultural de la salud y la enfermedad que impregna las creencias y comportamientos de los pacientes con diferentes bagajes culturales.



El **conocimiento personal** es el contrapunto individual al conocimiento cultural, que he definido (1997) como lo que las personas, a nivel individual, aportan a las situaciones, lo que les permite pensar, interactuar y actuar. El fundamento de esta definición es que su rasgo descriptivo es el uso del conocimiento, no su verdad. Esto le permite a uno investigar los efectos del conocimiento personal sin ser necesariamente capaz de representar ese conocimiento de una forma codificada, aunque sí de incorporar aspectos de la experiencia personal, la sabiduría práctica y el conocimiento tácito. Por ejemplo, éste incluye no sólo versiones personalizadas del conocimiento público codificado, los conceptos acerca de cómo es usado, sino también el conocimiento cotidiano de las personas y de las situaciones, el saber hacer plasmado en habilidades y prácticas, recuerdos de casos anteriores y acontecimientos episódicos. Podría incluir también variados aspectos del conocimiento de sí mismo, de las actitudes y emociones. La evidencia del conocimiento personal deriva principalmente de la observación de actuaciones, y esto implica un enfoque holístico más que fragmentario del conocimiento, porque, aunque uno se detenga a deliberar, el conocimiento que uno utiliza ya está disponible de una manera integrada y lista para la acción.

Las habilidades pueden ser consideradas como una forma de conocimiento tanto cultural como personal, dependiendo del centro de atención. A su vez, el término tiende a ser utilizado a dos niveles. Un nivel se utiliza

para describir acciones que se cree están basadas únicamente en la memoria de procedimientos, aunque el conocimiento necesario para decidir cuándo hacer uso de esa habilidad incluirá la comprensión situacional, que no es una habilidad. Tales habilidades pueden o bien ser clasificadas como técnicas o bien ser tratadas como atributos culturales presupuestos. Mientras que existe un cuerpo de conocimiento codificado sobre esas habilidades, uno no puede desarrollar esa habilidad simplemente «aprendiendo las palabras»; eso podría ser incluso un impedimento. El otro nivel de utilización está relacionado con los procesos, que se construyen a partir de una mezcla de conocimiento de procedimientos y otras formas de conocimiento, por ejemplo, el trabajo en equipo, el liderazgo, o la solución de problemas. Existe el peligro de que clasificar estas capacidades como «habilidades» niegue de manera implícita tanto su complejidad como su posible dependencia de la experiencia personal.

El trabajo en equipo y la solución de problemas por parte de grupos de personas introducen la cuestión del conocimiento elaborado en equipo, lo que hace que su capacidad combinada sea mayor que la de cada uno de sus miembros cuando actúan de forma individual. Esto incluye la comprensión desarrollada de forma mutua que impregna sus discursos, la adaptación y colaboración mutua en situaciones que requieren respuestas rápidas, el mutuo grado de conciencia de las diferentes perspectivas y experiencias que amplían y profundizan su capacidad para resolver problemas y los procedimientos



acordados para la toma de decisiones. Aunque no cabe duda de que su nuevo conocimiento parte de recursos culturales, es probable que esté demasiado localizado y basado en el equipo como para que se le catalogue como conocimiento cultural; tampoco podría ser considerado como puramente personal. No es, desde luego, un conocimiento codificado, y sí, probablemente, claramente tácito; así que no puede ser encuadrado en ninguna de las tres definiciones. No hay duda de que surgirán otras excepciones cuando se profundice en este análisis.

Por último, es útil considerar el papel del conocimiento codificado que no deviene público, porque es muy relevante en muchos sistemas de gestión del conocimiento. Los ejemplos típicos son las historias clínicas de los pacientes, los archivos personales y diferentes documentos internos. El nivel de seguridad será por lo general alto para mantener un grado adecuado de confidencialidad o para proteger información sensible. Es discutible que esto pueda considerarse más como información que como conocimiento, pero es probable que su organización implique algún tipo de concepción sobre su uso; por tanto, hay motivo para considerarlo como conocimiento. Se convierte en conocimiento cultural si se le asocia a otro conocimiento cultural presente en la organización; o en conocimiento personal si, por ejemplo, forma simplemente parte del conocimiento de un médico de familia sobre su paciente. Podría considerarse codificado si deviniera una parte no identificable de alguna estadística al alcance del público.

El papel de la teoría

Una profesión es más un campo de aplicación que una disciplina, porque su razón fundamental deriva de su propósito social y no de ninguna forma distintiva de conocimiento. Habitualmente, hace uso de teorías provenientes de diferentes disciplinas formales, adecuándolas a y resituándolas en sus propios contextos profesionales; en medicina, a estas disciplinas se les denomina de manera conjunta como ciencia biomédica, y su adecuación se justifica sólo en la medida en que adelanta el propósito social de la profesión. Las profesiones, sin embargo, no son completamente dependientes de teorías importadas; ellas también crean sus propias teorías tanto en las prácticas académicas como en las profesionales. Estas teorías pueden estar basadas en la investigación empírica y en las estructuras conceptuales propias del campo aplicado y en el ámbito de la atención sanitaria reciben la denominación de ciencia clínica. La relación entre la ciencia biomédica y la ciencia clínica no es en absoluto clara, a pesar de lo significativa que resulta para el diseño del currículo médico académico. Lo que se sabe es que los médicos hacen escaso uso de la ciencia básica en la explicación de casos, mientras que los investigadores médicos prefieren las explicaciones detalladas de la ciencia básica, sin elaborar descripciones clínicas (Patel et al., 1989).

Patel y Kaufman (2000) ofrecen el siguiente análisis:

«Consideramos que los resultados de la investigación sobre el razonamiento médico clí-



nico están de acuerdo con la idea de que la medicina clínica y las ciencias biomédicas constituyen dos mundos distintos y no completamente compatibles, con distintos modos de razonamiento y formas de estructuración del conocimiento bastante dispares (Patel et al., 1989). El conocimiento clínico se basa en una taxonomía compleja, que asocia los síntomas de la enfermedad con la patología subyacente. Al contrario, las ciencias biomédicas están basadas en principios generales que definen cadenas de mecanismos causales. Por tanto, aprender a explicar cómo un conjunto de síntomas coincide con un diagnóstico puede ser muy diferente de aprender a explicar qué es lo que provoca una enfermedad».

Existen dos escuelas de pensamiento sobre cómo proceder. Schmidt y Boshuizen (1992), de Maastricht, sugieren la teoría de la encapsulación, según la cual los conceptos y propuestas biomédicos se subsumen en un reducido número de propuestas clínicas relevantes. Esto viene apoyado por la constatación de que los médicos en formación con mayor grado de experiencia clínica limitan el número de conceptos separados que utilizan para describir un caso aislado. Sin embargo, Patel et al., de McGill, ponen de relieve la evidencia de que cuando, como ocurre en los cursos de Problem Based Learning (Aprendizaje Basado en Problemas), los estudiantes aprenden la ciencia básica en un contexto de problemas clínicos, no pueden descontextualizar esa ciencia para utilizarla en otros contextos. Por ello arguyen lo siguiente:

«La ciencia básica no proporciona los axiomas, las analogías o las abstracciones necesarias para fundamentar la resolución del problema clínico. Más bien, proporciona los principios que hacen posible organizar observaciones que desafían la clasificación y el análisis clínico. También argüimos que, puesto que el razonamiento clínico requiere la coordinación de múltiples tareas y objetivos, la habilidad de organizar y comunicar observaciones es un prerrequisito absoluto de la expertise médica».

Esto resulta particularmente importante cuando uno considera la creciente prevalencia de pacientes con múltiples afecciones entre la población mayor.

Su recomendación sobre la formación médica la describen basándose en la distinción establecida por Salomon y Perkins (1998) entre dos tipos de transferencia, la prospectiva y la retrospectiva:

«La transferencia prospectiva tiene lugar cuando uno abstrae los elementos básicos... la comprensión conceptual, de manera previa a su aplicación. Este tipo de transferencia puede esperarse cuando uno está adquiriendo el conocimiento científico básico en una aula. La transferencia retrospectiva se necesita cuando uno hace frente a una nueva situación y emprende una búsqueda deliberada de conocimiento relevante ya adquirido. Este tipo de transferencia se ejemplifica en situaciones en las que uno está desarrollando una tarea de razonamiento clínico y necesita abstraer principios particulares



para explicar un problema complejo. El reto al que hacen frente las facultades de medicina es el de introducir conceptos en diferentes contextos y explicitar las relaciones entre los aspectos generales y específicos. Esto implica encontrar el punto de equilibrio entre presentar la información en contextos aplicados (como ilustraría un problema clínico) y permitir a los estudiantes deducir las abstracciones y generalizaciones adecuadas para desarrollar con mayor profundidad sus modelos de entendimiento conceptual».

Las teorías, sin embargo, no sólo derivan de la evidencia empírica. Su otro papel es el de ayudar a los que practican la profesión a explicar, entender y criticar las prácticas ocupacionales y los argumentos utilizados para justificarlas, y a reconocer nuevas formas de pensamiento acerca del papel de la profesión y de las nuevas formas de práctica propuestas. Las teorías relativas a la ideología de la profesión son particularmente importantes en las discusiones sobre sus objetivos y propósitos y sobre las formas de interacción con los clientes. La mayoría de los médicos tienen una concepción particular de su profesión, por ejemplo, una ideología o justificación teórica de sus propósitos y prácticas en términos de principios morales, visiones de la sociedad y creencias ocupacionales sobre la efectividad de diferentes prácticas. Esto es muy relevante para el mantenimiento de la identidad profesional y deriva en parte de los principios éticos articulados por los filósofos y, en parte, de las asunciones culturales sobre el papel de aquella profesión que preva-

leció (o solía prevalecer) en aquella sociedad particular. Pero esta identidad está, a la vez, cambiando y diversificándose como respuesta a los nuevos retos y expectativas: la responsabilidad pública, la mayor diversidad étnica de los pacientes, las organizaciones conformadas por ellos y sus mayores conocimientos, las demandas y el declive de la confianza, y nuevas cuestiones éticas surgidas a raíz de los rápidos avances terapéuticos. Los médicos necesitan ser mucho más conscientes de las variadas expectativas y preferencias de los pacientes, con los que sólo pueden interaccionar adquiriendo más conocimientos culturales y más habilidades comunicativas culturalmente comprensivas.

A nivel teórico, el discurso de la ética profesional requiere que la atención se centre en los significados de los conceptos evocados en el discurso de diferentes grupos culturales y en las maneras en que estos significados afectan a las concepciones y las acciones de las personas. Si uno toma en consideración, por ejemplo, conceptos como los de «justicia», «derechos», «competencia», «calidad», «sensibilidad», «consulta» o «consentimiento informado», la importancia de comprender las diferentes interpretaciones culturales resulta evidente. Además, las teorías culturales sobre la enfermedad, el malestar y el bienestar, que ejercen un profundo efecto sobre las acciones de las personas, han sido habitualmente excluidas del canon de conocimiento codificado bajo la excluyente etiqueta de «teorías legas». Tanto los médicos como los pacientes tienen conceptos y teorías personales que se asientan en



gran medida en el conocimiento cultural, incluido el conocimiento codificado, aunque también adoptan visiones personales a través del uso y la experiencia individuales, bajo las que a menudo subyace una importante transformación que tiene lugar durante el proceso.

A pesar de que esto suena eminentemente sensato, tenemos que ser conscientes de la fuerte tendencia que se da en las profesiones interpersonales a construir teorías sobre la práctica que son ideológicamente atractivas pero casi imposibles de implementar. El mayor problema es que a los profesionales implicados se les insta a adoptar prácticas que exigen grados muy superiores de dedicación de tiempo y esfuerzo, y que en modo alguno pueden financiar ni los usuarios de los servicios ni los fondos públicos. De ahí que haya una distancia notable entre las teorías sobre el ejercicio profesional expuestas por antiguos practicantes «ilustrados», basadas en cómo les hubiera gustado a ellos haber desempeñado su profesión, y la práctica de los profesionales de hoy. Esto contrasta con una postura adoptada comúnmente en el lugar de trabajo, en la que la forma actual de ejercer la profesión se acepta de manera acrítica como una realidad inevitable. Ni la ideología ni el simple cumplimiento proporcionan una base adecuada para el servicio profesional; esta situación sólo puede abordarse a través de la negociación de cambios tanto en lo concerniente a las expectativas de y a los acuerdos para los servicios sanitarios, un problema que la mayoría de los políticos se sacuden con diligencia.

Tres tipos de evidencia

La información generada por uno mismo o por otros es tratada como evidencia cuando se cita bien como prueba de la validez de un análisis o diagnóstico, o bien como prueba a favor o en contra de un argumento, una conclusión o una decisión. Pero sólo será públicamente aceptada como prueba si se la considera verdadera o se cree que existe una probabilidad razonable de que lo sea. Por ello, la atención se centra en la procedencia y en la fiabilidad y en su grado de compatibilidad con otras pruebas. En medicina se utilizan habitualmente tres tipos de evidencia, cada uno dependiente de un tipo de credibilidad diferente:

1) **Evidencia basada en la investigación** a partir de la investigación publicada que supera las revisiones críticas de esa área de investigación.

2) **Otras evidencias científicas** generadas por un proceso en el que hay implicados procedimientos científicos con un registro probado de producción de resultados válidos y fiables.

3) **Evidencia basada en la práctica** derivada de prácticas profesionales reconocidas por la profesión implicada, y obtenidas de acuerdo a los criterios contemplados por los expertos de la profesión.

La evidencia basada en la práctica se utiliza siempre en la toma de decisiones sobre un paciente en particular y, en el ámbito sanitario, este tipo de evidencia lo pueden pro-



porcionar distintos miembros de un equipo pluridisciplinar. Las prácticas profesionales reconocidas cuya evidencia se acepta sin discusión incluyen el examen clínico y los procedimientos para confeccionar la historia clínica. Estos procesos se aprenden a través del aprendizaje y de la experiencia personal, cuya naturaleza discutiremos a continuación. Otras evidencias científicas pueden ser recogidas tanto por los médicos y enfermeros como por diferentes especialistas tales como científicos biomédicos y radiólogos. La experiencia en la interpretación de esta evidencia varía según su complejidad y la aplicabilidad de las normas comunes, y algunos médicos pueden sobreestimar su competencia o no contar con el tiempo suficiente para consultar a los científicos que proporcionaron tales evidencias. La evidencia basada en la investigación difiere de la de los otros dos tipos en cuatro aspectos:

- Está basada en grupos de población más que en pacientes individuales.
- Es generada por investigadores con quienes los médicos tienen escaso contacto.
- Su producción es costosa.
- Puede ser difícil de localizar y evaluar.

Por ello se dedica una gran atención a la calidad de tal evidencia y al uso que de ella se hace.

Los orígenes de lo que se ha venido en llamar medicina basada en la evidencia descansan en la investigación sobre la toma de decisiones, destinada a la mejora no tanto de la comprensión como de la capacidad humana

mediante la acumulación de grandes cantidades de información, la expansión de la cobertura de la investigación y la extensión en el uso de los ordenadores para organizar, procesar y acceder a información relevante. El término adoptado originalmente fue el de análisis de decisión clínica (Weinstein y Fineberg, 1980). Su primera y principal área de aplicación fue la del estudio de los medicamentos a través de los ensayos controlados aleatorizados (ECA), que pasaron de ser una rareza en 1960 a práctica obligada a partir de 1990. Desde entonces, este método ha ido aplicándose cada vez más a los tratamientos quirúrgicos y a las pruebas diagnósticas. Al mismo tiempo, los principios de la epidemiología, cuyo objetivo es el de estimar la probabilidad de ocurrencia y distribución de los trastornos de salud y de las enfermedades, han ido aplicándose cada vez más a la práctica clínica.

La expresión «medicina basada en la evidencia» se vio considerablemente promovida por su aparición como título de un artículo en el *Journal of the American Medical Association* (1992) elaborado por el Evidence-Based Medicine Working Group de la McMaster University de Ontario, cuya nueva y radical facultad de medicina había expuesto la idea del aprendizaje basado en problemas alrededor de veinte años antes. Sus primeras palabras declaraban que estaba surgiendo un nuevo paradigma de la práctica médica, y cinco años más tarde tuvo lugar la presentación completa de este paradigma en un libro de bolsillo titulado *Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM* (Sackett et al., 1997), cuya autoría recaía en dos impor-



tantes miembros del McMaster Group -David Sackett, ahora Director del NHS R&D Centre for Evidence-Based Medicine en Oxford, y Brian Haynes, Jefe de la Health Information Research Unit en McMaster- y dos profesores de medicina. Este libro está dirigido más a los clínicos que a los investigadores y constituye una guía sobre cómo y cuándo exactamente deberían utilizar la evidencia disponible a partir de la investigación. También explica cómo el uso de la evidencia derivada de la investigación se integra con muchos de los datos específicos de cada paciente y queda informada por la experiencia previa de los médicos.

El informe McMaster de 1992 puso también de relieve que, mientras el nuevo paradigma era de vital importancia, su implementación se basaba todavía en los viejos conocimientos:

«La experiencia clínica y el desarrollo de la intuición clínica (particularmente con respecto al diagnóstico) conforman una parte necesaria y crucial del proceso para convertirse en un médico competente. Muchos aspectos de la práctica clínica no pueden, o no podrán, ser jamás adecuadamente examinados. La experiencia clínica y sus lecciones son particularmente importantes en estas situaciones. Al mismo tiempo, los intentos sistemáticos de registrar observaciones de una manera reproducible y no sesgada aumentan claramente la confianza que uno puede tener en los conocimientos acerca del pronóstico de los pacientes, del valor de las pruebas diagnósticas y de la eficacia del tratamiento».

El artículo hacía también una llamada de atención en contra de poner excesivo énfasis tanto en los conocimientos personales de los médicos como en la ciencia biomédica.

«A falta de una observación sistemática, se debe ser cauto a la hora de interpretar la información proveniente de la experiencia clínica y de la intuición, porque a veces puede resultar engañosa».

«El estudio y la comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad son guías necesarias pero insuficientes para la práctica clínica. Las bases racionales para el diagnóstico y el tratamiento que derivan de principios fisiopatológicos básicos pueden, en realidad, ser incorrectas y conducir a hacer predicciones inexactas sobre el valor de las pruebas diagnósticas y la eficacia de los tratamientos» (McMaster, 1992, p 2421).

La conclusión fundamental que hay que extraer de estas autorizadas fuentes es que la medicina basada en la evidencia se fundamenta no sólo en los datos aportados por la investigación y otras pruebas científicas, sino también en las que proporciona la práctica. Para los médicos clínicos y para quienes les forman uno de los asuntos más críticos parece ser el equilibrio entre ambos tipos de evidencia.

En cualquier caso, la enorme inversión que se realiza a nivel mundial en investigación farmacológica y médica en general ha conferido a la medicina basada en la evidencia un perfil mucho más político. De ahí que, en gran medida, la defensa actual de la prác-



tica basada en la evidencia se fundamente en la asunción de que ya hay suficientes datos derivados de la investigación como para determinar claramente, que no informar, un número importante de las decisiones de los clínicos. Por todo ello también se ha producido una importante inversión pública en sistemas de gestión del conocimiento, diseñados para que los resultados de las investigaciones estén no sólo al alcance de los políticos, sino también de todos y cada uno de los médicos. Esto ha venido acompañado por una creciente presión para aprovechar al máximo este cada vez mayor cuerpo de conocimiento codificado.

El «patrón oro» de la investigación médica es el ensayo controlado, aleatorizado, de una intervención médica, y su Fort Knox es la Cochrane Database of Systematic Reviews, un recurso electrónico con actualizaciones trimestrales, preparado, mantenido y difundido por una organización internacional, la Cochrane Collaboration (Colaboración Cochrane). Según Sackett et al. (1997), la base de datos Cochrane establece *«un novísimo y superior estándar para la localización, jerarquización, resumen y comunicación de la evidencia obtenida a partir de los ensayos»*. Pero también hacen referencia a que se necesitarán bastantes años para alcanzar un estadio en el que la «Cochrane Collaboration recopile con éxito todos los ensayos controlados y aleatorizados de las intervenciones sanitarias en cualquier ámbito». Algunas vías de recuperación de conocimiento pueden ser excelentes (patrón oro), pero otras continuarán siendo más difíciles de encontrar

y menos seguras. Durante una reciente revisión de trabajos de investigación en el marco de un programa de formación médica de posgrado, pregunté a un grupo de consultores médicos sobre la proporción de decisiones médicas sobre las que existiera evidencia catalogable como «patrón oro», estuviera recogida por la Cochrane Collaboration o no. Nadie habló de proporciones superiores al 20%, pero todos convinieron en que esta proporción iba camino de incrementarse. Sin embargo, las opiniones sobre la rapidez con que se daría ese aumento y sobre cuándo alcanzaría un nivel de estabilidad fueron muy dispares.

La práctica del metaanálisis en las revisiones Cochrane implica en primer lugar la exclusión de todas las investigaciones que no sean ensayos controlados aleatorizados y, además, la cuidadosa diferenciación de los estudios de investigación según las características de la muestra del estudio (especialmente la naturaleza y gravedad de las afecciones de los pacientes), del impacto del efecto y de otras condiciones contingentes como las variables contextuales y los efectos secundarios. La razón para dar este enfoque a los ensayos controlados aleatorizados doble ciego es la de evitar influencias no deseadas por parte de los investigadores o del personal que interviene en el estudio y hacer posible así una atribución más sólida de los resultados a la intervención concreta más que a otros factores.

Cuando se incluyen otros tipos de investigación, se dispone de más datos, pero su valor es por lo general menor, porque hay más



opciones plausibles de interpretación de los datos. El proceso se acerca más al de la tradicional revisión de estudios de investigación que, como mucho, presta una considerable atención a interpretaciones alternativas a las que ofrecen los autores de los estudios publicados. Así que es probable que su principal activo tome la forma de unos juicios cuidadosamente elaborados, basados en las pruebas, los argumentos y las prevenciones en contra de los excesos de confianza en la investigación. Tales revisiones pueden pese a todo contribuir a que se tome una decisión más acertada, pero su uso requiere una experiencia aún mayor por parte del médico. Debemos mencionar también que esta investigación considerada como «patrón oro» se aplica de manera casi exclusiva al tratamiento, e incluso en tales casos se requiere un delicado ajuste de acuerdo a las características de cada paciente. Asume que el diagnóstico es correcto y normalmente no servirá en el caso de pacientes con afecciones múltiples, lo que hace que esta excepción sea cada vez más probable a medida que los pacientes son más viejos. Las decisiones diagnósticas se fundamentan por lo general en un amplio espectro de evidencias basadas en la práctica; la mejor descripción del proceso diagnóstico sería la siguiente: la identificación por parte del médico de un patrón generado a partir de ensamblar diferentes tipos de información, derivada de la historia clínica del paciente (obtenida mediante el pertinente interrogatorio), el examen físico, las pruebas rutinarias y, en caso necesario, la radiología u otras técnicas de imagen, análisis micro-

biológicos u otras pruebas más sofisticadas, todos los cuales han de ser interpretados por los médicos y a veces también por otros profesionales sanitarios. Algunas de estas evidencias basadas en la práctica son recogidas al comienzo y otras, si es necesario, en estadios posteriores del proceso diagnóstico. Cuando los pacientes presentan un proceso agudo, la estabilización y el tratamiento de los síntomas que pueden poner en peligro su vida pueden preceder a la recogida de datos diagnósticos que no pueden obtenerse de forma rápida; la respuesta del paciente a tales medidas de emergencia puede proporcionar algunas de las evidencias más importantes. Algunas pruebas diagnósticas se utilizan principalmente a efectos de diagnóstico diferencial tras constatar que las primeras evidencias recogidas son compatibles con varios diagnósticos.

La evidencia derivada de la investigación puede contribuir a este proceso diagnóstico de varias maneras. En primer lugar, están los resultados de la investigación epidemiológica, que valora la probabilidad de que se den diferentes afecciones médicas en grupos de población determinados. En el contexto médico, estos grupos pueden ser definidos según un gran número de variables, entre ellas: el género, la raza, la edad, la familia, la ocupación, la ubicación del hogar y el lugar de trabajo, el estilo de vida (p. ej., el hábito de fumar, la dieta, el ejercicio, los viajes) la altura, el peso, y la historia médica propia y de la familia. Estos datos permiten una asignación temprana de probabilidades a cada uno de los posibles diagnósticos. En



segundo lugar, la investigación que proporciona evidencia estadística de cómo los resultados de las pruebas pueden variar de acuerdo a muchas de esas variables poblacionales, de manera que permite obtener estimaciones de la anormalidad del resultado de una prueba al compararlo con datos de pacientes «similares». Junto con la investigación o la verificación local de la validez de tal evidencia, dichas estimaciones proporcionan un marco esencial para determinar su significación. En tercer lugar, la investigación puede proporcionar evidencia sobre la capacidad discriminatoria de diferentes procedimientos y pruebas diagnósticos. ¿Cuál es la probabilidad de que una prueba concreta confirme un diagnóstico determinado? ¿Mejorará significativamente la decisión diagnóstica? ¿Qué errores es más probable que deriven de su uso?

La naturaleza de la expertise

La poderosa atracción que ejerce la evidencia basada en la investigación ha tendido a desviar la atención de la expertise personal de cada médico, lo que abarca el importante asunto de cómo utiliza la evidencia basada en la investigación, algo que no puede darse por supuesto y que a menudo requiere considerables dosis de juicio profesional. Así, incluso en las áreas en que más se ha investigado existe siempre un equilibrio entre el conocimiento basado en la investigación, el conocimiento cultural que se encuentra dentro de cada especiali-

dad y el conocimiento personal construido a partir de la propia experiencia de un médico. Sin embargo, ahora se reconoce que estos límites no están del todo claros. En el Reino Unido, la principal respuesta a esta incertidumbre se ha plasmado en la creación de comités de especialidad conformados por expertos reconocidos para elaborar guías de tratamiento de las principales afecciones pertenecientes a su especialidad. Habitualmente, estos comités consultan a sus colegas, redactan versiones preliminares, realizan una nueva consulta y, finalmente, publican una monografía de un centenar o más de páginas. En estas guías las recomendaciones están graduadas de la A a la E, en concordancia con la consistencia de la investigación que las soporta. Así, las conclusiones determinantes de un metaanálisis de varios ensayos controlados aleatorizados serían valoradas con una A, unos análisis de investigación menos completos o concluyentes serían valorados como B o C, y a la sabiduría colectiva del grupo se la calificaría con una E si no estuviera soportada por algún tipo de investigación. Estas guías conciernen tanto a las decisiones diagnósticas como terapéuticas, pero el médico, consultando o no con sus colegas, tiene todavía que ubicar cada caso individual dentro del espectro de posibles afecciones de la especialidad y decidir si puede también haber afecciones que no estén incluidas en ella.

Esta experiencia basada en casos tiene todavía un papel esencial en medicina y hay pruebas de que la acumulación de experiencias basadas en casos no es un proceso pu-



ramente racional en el que los hallazgos de cada caso se añaden de manera consciente y racional a un fondo de información similar derivada de otros casos. Esto supondría una enorme sobrecarga cognitiva. Las memorias de casos son agregadas de manera inconsciente y activadas intuitivamente cuando se da con casos aparentemente similares (Kolodner, 1993). Una hipótesis plausible basada en la teoría del esquema es la de que esta experiencia acumulada es representada en la mente por un «guión de enfermedad» o relato narrativo de un caso típico, en el que los modelos causales de la afección están incrustados en la secuencia generada a partir de las afecciones asumidas, a través del diagnóstico y el tratamiento, hasta los resultados a corto plazo. Una ventaja clave es que los guiones de enfermedad son activados como un todo.

«Esto significa que una vez se ha activado un guión de enfermedad, los otros elementos del guión se activan también de manera inmediata y automática. Las personas cuyo conocimiento se organiza a través de guiones de enfermedad tienen una ventaja respecto a quienes sólo tienen a su disposición redes semánticas. Un médico que soluciona un problema activa uno o unos pocos guiones de enfermedad. La información aportada por un paciente es emparejada con los elementos del guión de enfermedad (Puesta en Situación de las Afecciones y las Consecuencias). Además, los guiones de enfermedad generan expectativas sobre otros signos y síntomas que el paciente pueda te-

ner. Por ello, los guiones de enfermedad activados proporcionan una lista de fenómenos a tener en cuenta a la hora de realizar la historia clínica del paciente y su exploración física. En el transcurso de este proceso un guión puede quedar más claramente ejemplificado, de manera que, por ejemplo, los valores esperados se sustituyan por hallazgos reales. Por otro lado, cuando los hallazgos no concuerdan, el guión se desactiva. El guión completamente desarrollado deja un diagnóstico o un diagnóstico diferencial cuando sólo unos pocos guiones permanecen activos». (Boshuizen 2004.)

Así, los guiones son herramientas muy efectivas para el almacenamiento de la expertise basada en casos. Sin embargo, no proporcionan un cuadro completo de la expertise de un médico. El médico experto puede tener una cartera mental de guiones, pero todavía se enfrenta a casos para los que ninguno de estos guiones es apropiado. Estos casos se almacenan en la memoria como casos arquetípicos, que son activados como casos particulares cuando un médico se enfrenta con casos aparentemente similares en el futuro.

Eraut y Du Boulay (2000) argumentan que los rasgos clave de esta investigación son:

«La importancia de la expertise basada en casos, la rápida recuperación de información a partir de la memoria atribuible a su organización superior, el desarrollo de las pautas estándar de razonamiento y de resolución de problemas, el rápido reconocimien-



to de qué enfoque utilizar y cuándo, la toma en consideración del sesgo y la falibilidad, y la capacidad para localizar, evaluar y utilizar la evidencia derivada de la investigación y de los datos específicos del caso» (p 99.)

Aún más, «comprender la naturaleza de la expertise es importante para el autocontrol del uso propio de la heurística y del posible sesgo, compartiendo el conocimiento con otros y apoyando el aprendizaje de otras personas. También resulta crítico para comprender los papeles respectivos de la experiencia clínica y de las guías basadas en la experiencia» (p 99).

«Quiénes son responsables de desarrollar, difundir, evaluar y modificar las guías, las ayudas para la toma de decisiones, los sistemas de información y las ayudas a la comunicación dentro de los equipos y a través de ellos tienen que acomodar sus procedimientos y formas de representación a la manera en que las mentes de los médicos funcionan» (ibid, p 99).

A todo ello añadiría que no se trata sólo de las mentes de los médicos, sino también de las afecciones prevalentes en sus contextos de práctica clínica, que tienen un gran efecto sobre el uso que hacen de las guías. Este problema está siendo cada vez más reconocido en el ámbito de la atención primaria (Lipman y Price, 2000), pero no en el de la secundaria, en el que los cambios en la prestación de servicios tienen implicaciones importantes para la adquisición de expertise basada en casos. Aparte de la falta de tiempo para consultar las guías o a sus cole-

gas en ambientes hospitalarios sometidos a una gran presión, la introducción del trabajo por turnos está cambiando la naturaleza misma de las nuevas experiencias de un médico. Anteriormente, cada uno de los casos que hacía una contribución a la expertise basada en casos comprendía un conjunto de episodios enlazados durante la estancia de un paciente en el hospital y cubría la elaboración de su historia, la exploración, el diagnóstico, el tratamiento y los resultados a corto plazo, e incluía también casos en los que los diagnósticos iniciales eran inciertos o resultaban ser falsos. Ahora, el caso puede limitarse a un solo encuentro con un paciente, y producirse un error al asociar el diagnóstico o las decisiones terapéuticas con los resultados, porque el paciente no ha sido visto más que una vez. Tales episodios aislados de casos son una materia prima insuficiente para la construcción de un guión de enfermedad basado en la experiencia, de manera que las agregaciones inconscientes de casos que permiten a los médicos desarrollar la expertise y el buen juicio ya no se darán nunca más. Los médicos realizarán su práctica clínica o bien más despacio «siguiendo el manual», o bien ganarán velocidad utilizando máximas o recomendaciones que están mucho menos fundamentadas en la experiencia basada en casos y por tanto son menos fiables.

Mi breve alusión a diagnósticos no ciertos o incorrectos pone de manifiesto otro asunto de gran importancia. La medicina basada en la evidencia está construida sobre la asunción de que el diagnóstico y las decisio-



nes terapéuticas son conformes a los parámetros de la teoría de decisión clásica, que ha sido definida críticamente por Beach y Lipschitz (1993) como:

«un sistema abstracto de proposiciones diseñado para describir las elecciones de un hipotético Hombre Económico, tomador de decisiones ideal – omnisciente, y omnipotente a nivel computacional».

Sin embargo, la investigación ha puesto de manifiesto que quienes toman las decisiones en la «vida real» raramente se comportan de esta manera. Los investigadores comprometidos con lo que ha venido en llamarse Naturalistic Decision Making (NDM) (Toma de Decisiones Naturalística) arguyen que los contextos pocas veces son tan simples como los contemplados tanto por la teoría clásica de decisión como por las versiones más sólidas de la práctica basada en la evidencia, porque los marcos reales presentan muchas de las siguientes características:

- Los problemas se estructuran a partir de la enfermedad.
- La información es incompleta, ambigua o cambiante.
- Los objetivos varían, están definidos a partir de la enfermedad o compiten entre ellos.
- Las decisiones se toman a través de múltiples circuitos de retroalimentación.
- Existen límites de tiempo.
- Los obstáculos son importantes.
- Muchos participantes contribuyen a la toma de decisiones.

La persona encargada de tomar las decisiones debe equilibrar su elección personal con los objetivos y normas de la organización (Orasanu y Connolly, 1993, pp 19-20).

Los hallazgos de la investigación basada en la NDM se corresponden bastante con los de los estudios basados en la observación del diagnóstico médico:

- A menudo los expertos más generan y evalúan una sola opción que analizan múltiples opciones de manera concurrente.
- Los expertos se distinguen de los principiantes esencialmente por su capacidad para evaluar situaciones, no por sus habilidades generales de razonamiento.
- Puesto que la mayoría de problemas de decisión naturalística están estructurados en base a la enfermedad, quienes toman las decisiones eligen una opción que es lo suficientemente buena, aunque no necesariamente la mejor (ibid, p 20).
- El razonamiento y la actuación están interrelacionados, no segregados (Weick, 1983).
- En lugar de analizar todas las facetas de una situación, tomar una decisión y después actuar, parece que en las situaciones reales complejas las personas piensan un poco, actúan un poco y después evalúan los resultados y piensan y actúan un poco más (Connolly y Wagner, 1988) (ibid, p 19).

La investigación demuestra también que el razonamiento está guiado más por un esquema que por un algoritmo, como se plantea en el modelo de la medicina basada en la



evidencia de análisis de decisión según el modelo clásico.

«Incluso al hacer frente a problemas en los que hay muchos elementos nuevos (típicos en las situaciones NDM), quienes toman las decisiones utilizan su conocimiento para organizar el problema, interpretar la situación y definir qué información es valiosa para encontrar la solución. Es posible que parte de esa información se seleccione o distorsione para que encaje con el esquema ya existente, lo que constituye una posible fuente de error. Pero también permite una rápida evaluación, búsqueda, selección e interpretación de la información relevante, una ventaja que es definitiva cuando uno se enfrenta a un exceso de información y a la presión del tiempo. Un rasgo crítico del enfoque basado en esquemas es que las personas crean modelos causales de la situación. Intentan comprender la significación de los acontecimientos y de la información infiriendo relaciones causales» (ibid, p 18).

Las implicaciones de esta investigación son que: 1) la relación entre conocimiento y toma de decisiones pocas veces es simple; 2) una buena toma de decisiones depende de manera crítica de cómo se enmarque la decisión por parte de quienes han de tomarla a la luz de su comprensión de la situación y, por ello, 3) la balanza se decanta más hacia el conocimiento de quien toma la decisión y menos hacia el sistema de gestión del conocimiento codificado que podría implicar la teoría clásica de la toma de decisiones. Si se

dispone de muy poco tiempo o se ha de optar entre varias posibles decisiones, cualquier consulta del sistema de gestión de conocimiento sería breve y sólo se realizaría si hubiera grandes expectativas de obtener una gran recompensa de manera casi inmediata. Si se pretende que la evidencia científica se utilice de manera regular, la mayor parte de ella ha de estar inmersa en la práctica clínica normal.

Cuando nos desplazamos desde el hospital hasta la comunidad, o incluso a centros de asistencia ambulatoria, cobran mayor relieve otros tipos de experiencia. Las consultas, en particular, pueden incluir el tratamiento, incluso las acciones terapéuticas, así como el diagnóstico. La mayoría de las afecciones serán menos graves o de diagnóstico no lo suficientemente claro, y puede prestarse más atención al elemento psicológico. Algunos autores (por ejemplo, Balint, 1957) han argumentado que existe un substrato psicológico en la mayoría de las consultas, y que éste es el aspecto más relevante de al menos una cuarta parte de ellas en los centros de atención primaria. Esto nos ofrece una perspectiva bastante diferente sobre el tipo de conocimiento que necesitan los médicos de familia.

Una cuestión psicológica bastante diferente guarda relación con lo que la literatura especializada describe como el problema del cumplimiento. Cualesquiera que sean las bondades del diagnóstico y los consejos del médico, la investigación indica que una gran proporción de pacientes no los siguen. Esto no sólo hace referencia a los hábitos de vida



no saludables que son difíciles de cambiar, sino también a la toma de medicación. Un estudio de Tuckett et al. (1985) sobre la comunicación médico-paciente en el ámbito de la medicina general encontró que

«en una de cada dos consultas los pacientes no eran capaces de recordar todos los puntos clave... no les daban un sentido acertado, o no estaban comprometidos con ellos» (pp 167-178).

«Como los médicos no conocían los detalles de lo que pensaban los pacientes, la información que ellos les dieron podía no corresponderse, en absoluto, con las ideas que los propios pacientes tenían. En conclusión, los médicos podían no tener forma de saber si la información que proporcionaban a sus pacientes estaba siendo «correctamente» entendida o no. De la misma manera, los pacientes podían no tener manera de saber si su comprensión de lo que los médicos decían era «correcta» (p 205).

A un nivel más general, y particularmente en los centros de atención primaria y en los consultorios, es importante que el médico averigüe qué es lo que preocupa al paciente y por qué ha acudido a consulta con el fin de enfocar el problema de salud de una manera adecuada para resolver la situación. El problema del médico puede no ser el mismo que el del paciente. Dudo de si el conocimiento de cómo llevar a cabo consultas más efectivas aparece a menudo en las sesiones formativas sobre prescripción de medicamentos. Este análisis de la interacción

profesional-cliente podría aplicarse a otras muchas profesiones. ¡No son sólo los profesionales los que tratan de construir modelos causales de la situación!

Comprensión del ejercicio profesional

El significado de esta investigación sobre la expertise profesional se hace más evidente cuando observamos de manera más crítica la naturaleza del ejercicio profesional y los contextos y condiciones en que tiene lugar. La naturaleza de la expertise médica está en gran medida determinada por cómo los médicos tienen que pensar en tiempo real en medio del caos. En estas condiciones, la resolución deliberativa de problemas es una estrategia fallida, porque la adquisición de competencia de los médicos tiene como fundamento capacitarles para dar respuestas en tiempos muy cortos. A continuación se muestra la interacción entre el tiempo y el modo de cognición para cuatro aspectos de la práctica profesional en acción:

- 1) Evaluar a los pacientes y sus situaciones (a veces brevemente, a veces llevando a cabo un largo proceso de análisis) y continuar monitorizando el curso de la afección.
- 2) Decidir, en caso necesario, qué acción llevar a cabo tanto de forma inmediata como a lo largo del tiempo (sea a título individual o en tanto que líder o miembro de un equipo).
- 3) Seguir un programa de acción acordado, modificándolo, consultándolo y reevaluándolo tantas veces como sea necesario.



4) Control metacognitivo de uno mismo, de la recepción o necesidad de atención de los pacientes y de otras personas en la inmediatez.

Estas actividades pueden adoptar muchas formas diferentes de acuerdo a la velocidad y al contexto y a los tipos de expertise personal y técnica desplegados. Aun siendo analíticamente distintos, pueden estar combinados en una actuación integrada que no siga una simple secuencia de evaluación, decisión y acción. Por ejemplo, como se sugería en nuestra discusión sobre la toma de decisiones naturalística, puede haber varias evaluaciones, decisiones y acciones dentro de un único período de consulta y tratamiento. El camino elegido puede depender no sólo de las condiciones y limitaciones del médico, sino también de lo que éste ha aprendido a hacer, dejando o sin dejar de pensar. Así, el modelo asume que el **tiempo** es la variable que más afecta al **modo de cognición** y divide el continuum temporal en tres etapas llamadas Instantánea, Rápida y Deliberativa. Estos términos tratan de describir cómo los médicos perciben la escala temporal, y se interpretan de distinta manera de acuerdo a las orientaciones de estos profesionales y a la naturaleza de su trabajo. Por ejemplo, en un contexto determinado, **rápido** puede hacer referencia a un período inferior a un minuto, mientras que en otro contexto podría incluir períodos de hasta diez minutos o incluso de media hora. El rasgo crítico es el de que el que está ejerciendo tiene poco tiempo para pensar de una forma analítica (tabla 1).

La columna **instantánea/refleja** describe un comportamiento de rutina que, a lo sumo, es semiconsciente. La columna **rápida/intuitiva** indica un mayor grado de conciencia de lo que se está haciendo, y se caracteriza a menudo por las tomas de decisión rápidas dentro de un período de acción continua, semirrutinaria. Habitualmente, incluye el reconocimiento de situaciones por comparación con otras similares previamente vividas, de manera que se responde a ellas con procedimientos ya aprendidos. El tiempo disponible afecta al grado de falta de concordancia tolerado, porque el rechazo de una acción basado en precedentes conduce a un enfoque deliberativo de la resolución del problema, y por tanto, más necesitado de tiempo. La columna **deliberativa/analítica** se caracteriza por el pensamiento explícito sobre las acciones de uno mismo en el pasado, presente o futuro, posiblemente acompañado por la consulta con otros. Implica el uso consciente de conocimiento previo, a veces por sendas habituales y a veces utilizando otras nuevas, de una forma más crítica.

Una cuestión interesante que se plantea es si en su actividad clínica los médicos son conscientes del conocimiento que impregna su práctica cuando no es usado de manera explícita en el momento. Podemos distinguir cuatro circunstancias diferentes:

1) La práctica siguió el modelo de la de otros médicos sin que se entienda la razón para ello o se sea consciente de ningún conocimiento que lo sostenga.



CONOCIMIENTO PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA

TABLA 1. Interacciones entre el tiempo, el modo de cognición y el tipo de proceso

Tipo de proceso	Modo de cognición		
	Instantáneo/reflejo	Rápido/intuitivo	Deliberativo/analítico
Lectura de la situación	Reconocimiento de la pauta	Interpretación rápida	Revisión que incluye discusión y análisis
Toma de decisiones	Respuesta inmediata	Intuitivo	Deliberativo con algún tipo de análisis o discusión
Actividad manifiesta	Acción rutinaria	Rutinas determinadas por las decisiones rápidas	Acciones planeadas con revisiones periódicas sobre su progreso
Metacognitivo	Conciencia de la situación	Monitorización implícita Reflexiones cortas, reactivas	Monitorización consciente del pensamiento y de la actividad. Autogestión. Evaluación

2) La práctica se desarrolló con conciencia clara de la teoría que le da soporte racional, pero ese grado de conciencia se disipó con el tiempo y con ello la capacidad de explicarla o justificarla.

3) La práctica aún puede justificarse aduciendo el conocimiento que le da soporte, pero no puede hacer frente a ningún reto porque no ha habido una evaluación crítica de la práctica desde que ésta se adoptó por primera vez.

4) La práctica puede ser justificada y hacer frente a la crítica, porque ha sido reevaluada periódicamente y se mantiene bajo el control crítico del médico.

Es probable que cuando se utiliza el conocimiento de soporte sin control crítico surjan dos problemas. En primer lugar, pueden aparecer conflictos en casos problemáticos

entre respuestas contradictorias que se basan en diferentes principios de práctica clínica -éstos no pueden ser resueltos a menos que se comprendan las razones que subyacen a estos principios. En segundo lugar, existe el peligro de que el conocimiento «científico» sea reemplazado por el conocimiento no científico -el que se enmarca en el ámbito de una disciplina pero que es considerado por los profesionales o como incorrecto o como alarmantemente incompleto. Normalmente se asume que ser un médico competente implica mantener la propia práctica bajo un estricto control, de manera que uno ha de mantenerse al día en áreas importantes en lo que se refiere a teoría e investigación. Las revisiones de la práctica pueden darse tanto a partir de la reflexión y consulta individual como, de manera más oficial, a partir del trabajo de un grupo nombrado al



efecto a nivel local o nacional, que supervisa los fundamentos de la práctica, las pruebas de su efectividad, los enfoques alternativos y los recientes hallazgos derivados de la investigación.

La naturaleza implícita de gran parte del conocimiento profesional dificulta mantener éste último bajo un control crítico, y tiene también muchas implicaciones en lo concerniente a la transferencia del mismo de un contexto a otro. En las situaciones complejas a las que hacen frente la mayoría de los profesionales, el proceso de transferencia implica habitualmente cinco procesos interrelacionados:

1) Extraer el conocimiento potencialmente relevante del contexto(s) de su adquisición y uso previo.

2) Comprender la nueva situación, un proceso que a menudo depende de la adquisición de conocimiento a partir de otras personas.

3) Reconocer qué conocimientos y habilidades son relevantes.

4) Transformarlos para que concuerden con la nueva situación.

5) Integrarlos con otros conocimientos y habilidades con objeto de pensar/actuar/comunicarse en el contexto de la nueva situación.

La complejidad de los procesos de aprendizaje necesarios para la transferencia, tanto entre contextos clínicos como desde los contextos educativos a los prácticos, pocas veces es reconocida por los docentes en el ámbito

médico; en consecuencia, éstos animan a los médicos a ser escépticos respecto a la relevancia de gran parte del conocimiento científico, incluido el que probablemente influirá en la práctica clínica futura.

Referencias bibliográficas

- Balint M. *The Doctor, his patient and the illness*. London: Pitman, 1957.
- Beach LR, Lipshitz R. Why Classical Decision Theory is an inappropriate standard for evaluating and aiding most human decision making. En: Klein GA et al. (ed). *Decision Making in Action: Models and Methods*. Norwood: Ablex, 1993.
- Boshuizen HPA. Does Practice Make Perfect? En: Boshuizen HPA, Bromme R, Gruber H (ed). *Professional Learning: Gaps and Transitions on the Way from Novice to Expert*. Amsterdam: Kluwer, 2004.
- Connolly T, Wagner WG. Decision cycles. En: Cardy RL, Puffer SM, Newman MM (ed). *Advances in Information Processing in Organisations*. Vol 3. Greenwich: JAI Press, 1988; 183-205.
- Eraut M. Perspectives on defining 'The Learning Society'. *Journal of Education Policy* 1997;12(2): 127-139.
- Eraut M, Du Boulay B. Developing the Attributes of Medical Professional Judgement and Competence. Report to the UK Department of Health. 2000.
- Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *Br J Educ Psychol* 2000;70: 113-136.
- Gibbons M, et al. *The New Production of Knowledge*. London: Sage, 1994.
- Klein GA. Recognition-Primed Decisions. En: Rouse WB (ed). *Advances in Man-Machine Systems Research*. Greenwich: JAI, 1989; 47-92.
- Klein GA et al. (ed). *Decision-Making in Action: Models, and Methods*. Norwood: Ablex, 1993.
- Kolodner J. *Case-based Reasoning*. San Francisco: Morgan Kaufman, 1993.



CONOCIMIENTO PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA

- Lipman P, Price D. Decision making, evidence, audit and education: case study of antibiotic prescribing in general practice. *BMJ* 2000;20:1114-18.
- McMaster University, Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine, a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268 (17):2420-2425.
- Oranasu J, Connolly T. The reinvention of decision-making. En: Klein GA et al. (ed). *Decision Making in Action: Models and Methods*. Norwood: Ablex, 1993.
- Patel VL, Evans DA, Groen GJ. Biomedical knowledge and clinical reasoning. En: Evans DA, Patel VL (ed). *Cognitive Science in Medicine: Biomedical modelling*. Cambridge: MIT Press, 1989; 49-108.
- Patel VL, Kaufman DR. Clinical reasoning and biomedical knowledge: Implications for teaching. En: Higgs J, Jones M (ed). *Clinical Reasoning in the Health Professions* (2nd ed). Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000; 33-44.
- Sackett DL et al. *Evidence-based Medicine*. London: Churchill Livingstone, 1997.
- Salomon G, Perkins D. Individual and social aspects of learning. *Review of Research in Education*, 1998:1-24.
- Schmidt HG, Boshuizen HPA. Encapsulation of biomedical knowledge. En: Evans DA, Patel VL (ed). *Advanced Models of Cognition for Medical Training and Practice*. New York: Springer, 1992; 265-281.
- Tuckett D et al. *Meetings Between Experts: an approach to sharing ideas in medical institutions*. London: Tavistock Publications, 1985.
- Weick KE. Managerial thought in the context of action. En Srivastva C (ed). *The Executive Mind*. San Francisco: Jossey-Bass, 1983.



LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES MEDICOS

EQUIPO FEM*

Fundación Educación Médica. Barcelona (España)

Introducción

Una de las características esenciales en que descansa el contrato social de las profesiones es el conocimiento específico de los profesionales, que supera al conocimiento general que posee la población. En el proceso a través del cual los individuos adquieren dicho conocimiento específico, se sociabilizan y adquieren los atributos conductuales necesarios para ser admitidos como miembros de las profesiones. La formación, pues, constituye el requisito *sine qua non* para poder adquirir la condición de miembro de una profesión. La formación básica ineludiblemente debe ser de nivel superior (universitaria o postuniversitaria). El acuerdo entre las profesiones y la sociedad en este punto es total desde que en los estados modernos se ordenaron las viejas profesiones y se configuró el modelo que los aspirantes al *status* de nuevas profesiones han de aceptar para poder

ser reconocidas como tales. Así pues, desde hace algo más de siglo y medio, la universidad ha sido la fábrica de todas las profesiones.

Los avances espectaculares de las ciencias médicas ocurridos a partir del segundo tercio del siglo pasado obligaron a que la profesión médica se fuera especializando por parcelas, de forma tal que la formación básica ya no podía constituir el fin de la formación de los profesionales de la medicina. Puesto que la formación de los *especialistas médicos* no podía incorporarse al ciclo básico de su formación universitaria, fue necesario desarrollar un ciclo de formación posgraduada que no pudo mantenerse exclusivamente en el seno de la universidad.

El clásico dicho *ars longa vita brevis* puede aplicarse a las profesiones para señalar que el saber profesional es siempre perfectible y por tanto sujeto a la necesidad de un esfuerzo permanente de mejora que, si bien inicialmente se acogió en un ámbito educativo y que recibió la denominación de *formación continuada*, hoy en día se entiende más como un *desarrollo* tanto profesional como personal muy vinculado al ámbito del trabajo profesional. En este sentido moderno, el desarrollo profesional continuado (DPC), del

*El equipo FEM está formado por un grupo de profesionales asociados a la Fundación Educación Médica. Han colaborado en la redacción de este capítulo los Dres. Arcadi Gual, Amando Martín Zurro, María Nolla, Alberto Oriol, Jordi Pales, Helios Pardell, Joan Prat y Josep Roma.



que la formación continuada forma parte, se concibe como un proceso personal que tiene como ámbito central el lugar de trabajo y sólo colateralmente aquellas actividades complementarias, por lo general realizadas fuera del ámbito laboral, que constituye lo que denominamos en términos convencionales formación continuada.

Los tres ciclos clásicos de la formación de la profesión médica (básica, posgraduada o de especialización y continuada o DPC) constituyen desde la perspectiva del sujeto que aprende («discente») un proceso continuo, cuya separación en ciclos, por razones administrativas-organizativas, no debiera representar interrupciones-contradicciones metodológicas para el sujeto «discente». Los que ahora existen, fruto de los cambios de entorno en cada ciclo, deberán converger mediante procesos negociados entre sus agentes respectivos.

Esta visión subjetiva del proceso formativo (enseñar-aprender), es decir, centrado en los esfuerzos del «discente» para alcanzar sus objetivos (aprender para entender y para saber usar lo que ha aprendido) constituye el giro copernicano que comenzó a finales del milenio pasado y subyace en todo cuanto está ocurriendo ahora en el proceso de generación de un espacio europeo universitario. Intentaremos por tanto ubicarnos en la perspectiva de la profesión y desmarcarnos del de la docencia. La mejora del «enseñar» sólo nos interesará en cuanto consiga facilitar el aprendizaje para la mejora profesional del «discente», es decir, en lo que concierne a su competencia práctica según los estándares

de calidad *hic et nunc*. Esta monografía no tiene como objetivo principal a los profesionales de la docencia médica, sino al conjunto de la profesión médica en general.

Esta visión se fundamenta en la conceptualización que hizo D. Schön¹ por primera vez y ulteriormente desarrollada por otros autores como M. Eraut² y C. Coles³ del trabajo profesional como una actuación reflexiva distinta y distinguible del trabajo exclusivamente técnico. Asimismo, el grupo quiere reconocer la impronta de los estudios empíricos de Elstein y colaboradores²⁰ sobre los procesos intelectuales en los que se sustenta la condición de experto del médico⁴. Sin tener en cuenta estos *inputs*, difícilmente podría entenderse el éxito del movimiento de las **competencias** que se puso en marcha a raíz de la publicación en 1973 del trabajo de McClelland⁵ ni el esfuerzo por recuperar para el ámbito formativo los **valores del profesionalismo**⁶ que habían ido sucumbiendo con el paso del tiempo a la hegemonía del conocimiento científico-técnico. Tampoco podríamos explicarnos el desarrollo de la conciencia de la necesidad de un nuevo **credencialismo** profesional creíble como algo imprescindible para reconstruir el caducado contrato social de la profesión médica⁷.

Este capítulo no pretende ser un resumen de metodologías educativas, muy necesarias por otra parte pero que requieren un marco distinto, sino una llamada a la profesión médica para que revise su posicionamiento en relación a su formación y recupere unos compromisos que durante el siglo XX, bajo el impacto de la revolución *flexneriana*, ha-



bía abandonado en manos del mundo académico. Éste, con la mejor voluntad y fiel a sus valores, había ido ejerciendo un liderazgo que, aunque útil para el desarrollo del saber científico-técnico de la profesión, se iba divorciando de ella.

La formación básica

Las facultades de medicina son las fábricas donde se producen los nuevos profesionales de la medicina. Tienen ciertamente otras funciones, pero ésta la tienen en exclusiva y nadie puede competir con ellas. Parecería lógico que las Facultades de Medicina tuvieran bien especificado el producto que generan, pero éste no ha sido el caso hasta muy recientemente. Hoy en día las cosas han comenzado a cambiar y existen referentes generales^{8,9}, nacionales^{10,11} e institucionales^{12,13a 13b} de ello y la creciente conciencia de que las facultades de medicina tienen como mandato institucional el deber de explicitar las características del graduado que producen o desean producir.

Las facultades de medicina deben ser consecuentes con su responsabilidad social, produciendo el tipo de profesional que la sociedad a la que pertenece necesitará, lo que exige que sus graduados no tan sólo posean las características esenciales de la profesión médica, sino las específicas para su entorno cultural.

La producción de nuevos profesionales de la Medicina implica convertir a un grupo de jóvenes con capacidades potenciales en indi-

viduos que muestren consistentemente conductas coherentes en las situaciones que hagan referencia a cuestiones de la salud. Esta coherencia de las conductas expresadas se consigue mediante la adquisición de conocimientos (saber qué se ha de hacer, cuándo y por qué hay que hacerlo), el desarrollo de habilidades (saber cómo se ha de hacer) y la internalización de valores que sustentan las actitudes profesionales (comportarse como corresponde).

El contrato social de las profesiones ha delegado en éstas la responsabilidad de autodefinirse y autorregularse, por lo que corresponde a la profesión médica acertar en la definición de sus perfiles profesionales de forma socialmente aceptable, y a las facultades aceptar que la consecución de un producto tan parecido como sea posible a dicho perfil constituye su función primordial. Puesto que la profesión se define en términos de actuación o por defecto en capacidad para actuar (competencia), la definición de la profesión deberá sustentarse en el conocimiento de las características del trabajo profesional y su formación en la mejor manera para adquirir dicha capacidad.

Las características del trabajo profesional, tal como fueron descritas por D. Schön¹, quedaron definidas por la capacidad de reflexión en la acción y tras la acción. Este proceso reflexivo genera conocimiento experiencial útil para el profesional. Eraut primero y C. Coles posteriormente desarrollaron dicho modelo conceptual. Actualmente se entiende el trabajo profesional como el de un técnico de alta calificación que es capaz de afrontar si-



tuaciones con múltiples problemas indefinidos y a menudo indefinibles, para los que no se dispone de suficiente información ni de bastante tiempo para conseguirla antes de la actuación, que a menudo debe realizarse en condiciones de riesgo y con posibles conflictos éticos. La capacidad para asumir responsabilidades en beneficio del paciente en dichas condiciones requiere haber desarrollado, además de una capacidad técnica, un temple caractereológico y una capacidad reflexiva y evaluativa de las situaciones que hacen del trabajo profesional no rutinario algo más parecido a la creación artística que a la tecnología.

En otra línea de cosas, Elstein y colaboradores²⁰ publicaron en 1978 sus estudios sobre las características y fundamentos del conocimiento profesional experto. Sus estudios empíricos evidencian que el razonamiento hipotético-deductivo se da tanto en los médicos inexpertos noveles como en los expertos y que éstos no generaban más hipótesis que los inexpertos, aunque sí demostraban mayor exactitud en la interpretación de los datos, indicando con ello que disponían de más conocimientos específicos en el «dominio» del caso problema. No eran las diferencias en la estrategia hipotético-deductiva lo que diferenciaba a los expertos de los noveles en su capacidad para resolver problemas; más bien era la utilización de un conocimiento mejor estructurado lo que los diferenciaba. Los médicos expertos mostraban una mejor orientación y eran más selectivos en la recogida de datos, pero no se observaron diferencias en cuanto a la meticulosidad en su recogida o

en la exactitud en su interpretación. Estos hallazgos pusieron de relieve la importancia de entender las relaciones existentes entre la comprensión de un problema y la actividad que emprenden los médicos para resolverlo, puesto que el «juicio clínico» no parece estar vinculado a la actividad de la recogida de datos. La mayor sorpresa causada por las observaciones empíricas fue la constatación de que la maestría de los expertos variaba según los casos, es decir, que se circunscribía a «dominios» limitados. Los expertos en un «dominio» determinado se comportaban como inexpertos en otro «dominio» distinto. Se cuestionó entonces el papel de la lógica formal generalizable en la inferencia clínica, adquiriendo relieve el contexto en frente de los contenidos. Con este descubrimiento se inició el modelo de aprendizaje basado en problemas, es decir, estando inmersos en contextos concretos. Hecho sumamente relevante para el modelo educativo y muy especialmente para la evaluación de las capacidades (competencias profesionales).

Los avances en psicología cognoscitiva en las innovadoras Facultades de Medicina de las Universidades de McMaster y de Maastricht realizados por Norman y Schmidt nos explican cómo el «discente» construye su conocimiento¹⁴. La capacidad para el razonamiento clínico se desarrolla mediante un proceso de «encapsulamiento» de la realidad. En una primera fase el «discente» agrupa de forma poco clara la información que obtiene de los pacientes, lo que pone en evidencia la importancia del contexto para el aprendizaje. Las experiencias repetidas de contactos con



los pacientes le permiten conformar redes causales para la organización de su memoria, a partir de los que puede identificar situaciones similares a las ya vividas. Estas redes causales, cuando pueden asociarse a imágenes concretas, permiten la aceleración del reconocimiento y comienza a actuar como un experto. Este proceso se caracteriza por una alta especificidad de caso y «dominio», que explica que se aprenda a resolver situaciones concretas sin que en realidad existan mecanismos generales para la resolución de problemas.

Con estos y otros estudios se estableció el entramado argumental que dio consistencia a las experiencias empíricas anteriores y que permitió el desarrollo de una nueva metodología educativa denominada **«aprendizaje basado en problemas»**.

En resumen, todos los avances del último tercio del siglo permiten concluir que es necesario organizar el entorno del aprendizaje de forma que éste se produzca tanto como sea posible en las situaciones «reales» de trabajo profesional. Puesto que ello no siempre es posible ni conveniente, la consecuencia lógica que se deriva de ello es la necesidad de desarrollar entornos simulados de la realidad con fines formativos.

Las simulaciones han sido, desde hace tiempo, muy utilizadas en ámbitos que implican altos riesgos y/o extrema complejidad y escasa ocurrencia, cosa que se da con harta frecuencia en el quehacer profesional médico. Sin embargo y por distintas razones, las facultades de medicina no han sido demasiado ágiles en complementar la forma-

ción, ni aun en la fase clínica cuando se apoya en la realidad asistencial, con simulaciones. Este déficit se verá necesariamente subsanado en un futuro inmediato por el imperativo social que rige a las facultades de medicina.

La evaluación, tanto formativa como sumativa, pero muy especialmente ésta última, constituye un elemento poderosamente condicionante del proceso de aprendizaje. Es por tanto imprescindible que la evaluación sea de calidad y alineada con los objetivos educativos, dos características que se echan a menudo en falta aún en exámenes de gran trascendencia, como por el ejemplo en la llamada prueba MIR¹⁵. Respecto a la evaluación educativa hay que comenzar constatando que los hallazgos de Elstein y colaboradores indican que no hay necesidad alguna de evaluar la capacidad genérica para la resolución de problemas al margen de su contenido y muy especialmente del contexto asistencial. Además, es hora de que reconozcamos que la posesión de conocimientos fácticos, absolutamente necesarios, no garantiza en modo alguno su utilización para la solución de problemas. Por tanto, medir el grado de posesión de información (conocimientos teóricos) de forma separada de su operativización contextualizada es una actividad no tan sólo inútil sino perversa, pues induce al examinando a crear archivos en su memoria con el único fin de examinarse con éxito.

A causa de la especificidad de contenido del conocimiento profesional, las evaluaciones deben ser extensas por la necesidad de utilizar diversidad de problemas y situaciones para



conseguir una estimación del logro estable y reproducible. Los contenidos de las evaluaciones deben centrarse en problemas clínicos frecuentes y/o importantes. Los candidatos deben superarlos todos, pues las consecuencias de «fallos lacunares» pueden ser graves.

Las evaluaciones basadas en la medida de la capacidad de aplicación de los conocimientos a problemas concretos no constituyen una actividad académica irrelevante; más bien al contrario, son un imprescindible instrumento para conseguir el éxito en la implementación del cambio educativo necesario.

Este entorno intelectualmente inquieto de finales del milenio se expresaba también en la Federación Mundial de Educación Médica (WFME), que ya en 1984 desplegó un programa de colaboración internacional para la «Reorientación de la Educación Médica» que tuvo como hitos la **Declaración de Edimburgo** de 1988 adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1989 (WHA Resolución 42.38,1989), y las recomendaciones de la cumbre mundial de 1993 que se reflejaron en la resolución 48.8 de 1995 de la Asamblea Mundial de la Salud¹⁶.

Para implementar sus políticas educativas promotoras de la innovación a nivel institucional, objetivo establecido explícitamente por la WFME en 1998, puso en marcha el programa **Estándares Internacionales en Educación Médica**, con el propósito de generar a nivel global mecanismos de mejora de la calidad que pudieran ser aplicados por las instituciones responsables de los programas de educación médica a lo largo de todo el proceso y que además pudieran ser instru-

mentos útiles para las autoridades nacionales acreditadoras de instituciones y programas educativos⁸.

Este proyecto recibió el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (WHO) así como de la Asociación Médica Mundial (WMA) y tiene tres fines principales:

- Estimular a las facultades de medicina a que formulen sus propios planes para el cambio y la mejora de la calidad de acuerdo con las recomendaciones internacionales.
- Establecer a nivel nacional y/o internacional sistemas de evaluación y acreditación que aseguren los estándares mínimos de calidad educativa.
- Dotar de mecanismos de salvaguarda para la ciudadanía respecto a la buena práctica médica, la utilización de profesionales capacitados y en un contexto de grandes migraciones.

Para desarrollarlo se constituyó un grupo de trabajo en el que participaron en sus distintas fases 76 expertos de 34 países diferentes. Su primera reunión tuvo lugar en octubre de 1999 y concluyó con la adopción de los documentos preparados en la Conferencia Mundial de Educación Médica **«Estándares Globales en Educación Médica para una mejor Asistencia Sanitaria»** que se celebró en Copenhague en marzo de 2003.

Los estándares globales de la WFME tienen en cuenta las variaciones interculturales debidas a las diferentes tradiciones docentes, culturales, socioeconómicas, epidemiológi-



cas, organizativas, etc., que no tan sólo se dan entre países sino también dentro de ellos. Pretenden ser un instrumento facilitador de los cambios necesarios para preparar médicos capaces de:

- Dar respuestas a las necesidades de la sociedad.
- Afrontar la explosión de conocimientos científicos.
- Inculcar la capacidad de aprender a lo largo de toda la vida.
- Asegurar su formación en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
- Adecuar la educación médica a las condiciones cambiantes de los sistemas sanitarios.

Los estándares globales de la WFME son instrumento de mejora de la calidad educativa útil para la autoevaluación institucional, para su revisión externa, de forma separada o conjuntamente, y para su acreditación y reconocimiento a nivel nacional y/o internacional.

Los estándares están estructurados en 9 áreas y 36 subáreas, y se expresan en dos niveles: mínimos (básicos) y deseables (para la mejora) (tabla 1). Un estudio piloto realizado en 11 facultades de medicina demostró la viabilidad de su aplicación práctica. De hecho están ya siendo utilizados con fines acreditativos en un país (Suiza).

En 1999 se creó el «Institute for International Medical Education (IIME)» merced al liderazgo de R. Schwartz y su dirección se encomendó a A. Wojtczak con el mandato de

TABLA 1. Estándares para la formación básica. Áreas y subáreas

Misión y objetivos
<ul style="list-style-type: none"> – Formulación de la misión y de los objetivos – Participación en dicha formulación – Autonomía académica – Resultado educativo
Programa educativo
<ul style="list-style-type: none"> – Modelos curriculares y métodos educativos – Método científico – Ciencias biomédicas básicas – Ciencias sociales, del comportamiento y ética médica – Ciencias y habilidades clínicas – Estructura, composición y duración del currículo – Gestión del programa educativo – Relación con la práctica médica y el sistema asistencial
Evaluación de los estudiantes
<ul style="list-style-type: none"> – Métodos de evaluación – Relación entre evaluación y aprendizaje
Estudiantes
<ul style="list-style-type: none"> – Políticas de admisión y selección – Admisión de estudiantes – Soporte y consejo al estudiante – Representación estudiantil
Personal académico
<ul style="list-style-type: none"> – Política de reclutamiento – Políticas de desarrollo de personal
Recursos educativos
<ul style="list-style-type: none"> – Instalaciones – Recursos para la formación clínica – Tecnologías de la información y comunicación – Investigación – Cualificación educativa – Intercambios educativos
Evaluación del programa
<ul style="list-style-type: none"> – Mecanismos para la evaluación del programa educativo – Feedback de profesores y estudiantes – Rendimiento de los estudiantes – Implicación de los diferentes agentes sociales
Gobierno y gestión
<ul style="list-style-type: none"> – Gobierno – Liderazgo académico – Presupuesto educativo y distribución de recursos – Personal administrativo y de gestión – Relaciones con el sector asistencial
Renovación continuada



definir las competencias esenciales mínimas que todos los médicos deberían poseer para titularse y ser reconocidos como tales en un mundo globalizado, por tanto estar capacitados para ejercer o continuar su formación de posgrado en cualquier lugar. Asumía el IIME la tarea de desplegar parte de lo que constituiría el estándar 1.1 del documento todavía no nato de la WFME. El IIME estableció un proyecto para el que creó los órganos de trabajo y consultivos correspondientes a fin de consensuar lo que vino a denominarse «*global minimum essential requirements (GMER)*»⁹ y a preparar un programa piloto para su implementación. La definición de dichos requisitos se hizo en términos de competencias o capacidades de actuación para las que debió identificarse los indicadores mensurables así como los métodos adecuados para hacerlo.

El grupo experto definió el núcleo de competencias esenciales mínimas⁹ y las agrupó en los 7 dominios descritos en la tabla 2. Algunos de estos dominios son ampliamente aceptados («Bases Científicas» y «Habilidades Clínicas»), puesto que constituyen los fundamentos de la asistencia médica efectiva y todas las facultades los tienen como objetivos fundamentales. Los otros cinco dominios comienzan a ser considerados con mayor atención y también como esenciales para el buen quehacer médico por un número creciente pero aún limitado de instituciones educativas, aunque continúan sin estar codificados como parte esencial de sus objetivos educativos por la mayoría.

No existe la menor duda de que el dominio «Valores, Actitudes, Conducta y Ética

TABLA 2. Requisitos globales esenciales mínimos. Dominios competenciales

Valores, actitudes, conductas y ética profesional
Bases científicas de la Medicina
Habilidades clínicas
Habilidades relacionales y comunicativas
Salud poblacional y sistemas asistenciales
Gestión de la información
Pensamiento crítico e investigación

Profesionales» refleja las opiniones tanto de la profesión como de la población, y que constituye un elemento esencial del ejercicio profesional entendiendo éste como algo más que el ejercicio de una actividad de alta complejidad técnica, motivo por el que los expertos del IIME situaron este dominio en primer lugar.

De igual modo, las habilidades comunicativas constituyen un instrumento esencial de la medicina tanto para crear un buen clima relacional con los pacientes y su entorno como para facilitar el trabajo en equipo. Asimismo, la medicina actual no puede permanecer limitada al tratamiento individual de la enfermedad y las lesiones, ignorando su papel central en el desarrollo de los complejos sistemas sanitarios que tienen un papel esencial en el bienestar de las sociedades modernas. Siendo conscientes del papel que la sociedad espera de la medicina, es evidente que sus profesionales deben estar preparados para ello y ser capaces de ir más allá del papel clásico de sanadores de personas. Por esto se identificó como nuclear el domi-



nio «Salud Poblacional y Sistemas Sanitarios».

Nadie puede saber actualmente cuánto cambiará todo en los próximos 20 o 30 años como consecuencia de la plena incorporación de las tecnologías de la información y comunicación al campo de la salud pero, a juzgar por lo que se ha vivido en otros campos en la última década, el cambio sólo podrá ser espectacular. Los profesionales de la medicina no pueden ya considerarse competentes sin la capacidad para actuar no tan sólo como usuarios inteligentes de las nuevas tecnologías sino también ser capaces de contribuir significativamente a los cambios que inducirán éstas en las actividades médicas. Aunque nada fuera a ser como imaginamos, sin la capacidad de gestionar la información emergente los médicos quedarían condenados a una obsolescencia acelerada que los inhabilitaría para proporcionar servicios de mínima calidad a sus pacientes.

La consideración del dominio competencial «Pensamiento Crítico e Investigación» como esencial para la actividad profesional no debe considerarse como la expresión de una utopía inalcanzable, sino como el fruto de la aceptación generalizada del modelo de trabajo profesional propuesto por Schön que así lo exige.

Las competencias profesionales vistas como objetivos educativos no son, sin embargo, algo que haya sido inventado por los expertos convocados por el IIME. En la última década del siglo pasado, instituciones venerables y que entraron en crisis, como el General Medical Council británico, produje-

ron magníficos documentos en tal sentido (*Tomorrow's Doctors*, 1993)¹⁷. Organizaciones tan importantes como el American Board of Internal Medicine pusieron en marcha su proyecto «*Professionalism*» que hermanó luego a la Federación Europea de Medicina Interna para establecer conjuntamente la carta de la profesión médica, especie de nuevos estatutos de la profesión y de su compromiso con la sociedad¹⁸. En estos y otros documentos aparecidos casi sincrónicamente se contemplan todas estas áreas competenciales bajo similares denominaciones.

Todo este ajeteo conceptual de la profesión afecta inevitablemente al mundo de la formación, y no sólo acontece en el mundo que tiene el inglés como idioma propio. Los miembros del equipo FEM han promovido un proceso paralelo en su entorno. Así, por ejemplo, el «Consell Catala d'Especialitats en Ciències de la Salut»¹⁰ redefinió las competencias profesionales de las profesiones sanitarias (médicos, enfermería, odontólogos, farmacéuticos, salubristas y psicólogos clínicos) (tabla 3), con el fin de:

- Facilitar la definición de los objetivos educativos.
- Disponer de un marco de referencia para los sistemas evaluativos.
- Reflexionar sobre la propia actuación profesional.
- Evaluar la calidad de la actuación y de los servicios.
- Orientar la formación continuada.
- Facilitar la ordenación de las carreras profesionales.



TABLA 3. Taxonomía de las competencias profesionales (Consell Català d'Espècilitats en Ciències de la Salut)

Anamnesis y exploración : el encuentro clínico
Definición de problemas y formulación de hipótesis
Clasificación de los pacientes
Procedimientos
Manejo de situaciones clínicas específicas
Factores psicológicos
Comunicación interpersonal (pacientes y familiares)
Evaluación de los factores sociales
Comunicación y colaboración entre colegas
Evaluación de riesgos y promoción de la salud
Ética, valores y aspectos legales
Mantenimiento de la competencia profesional
Gestión clínica

- Ayudar a la gestión de los recursos humanos.
- Facilitar la definición de estándares para la recertificación profesional.

Las facultades de medicina de las universidades de Barcelona^{13a} y Lleida^{13b} recogieron el mensaje y elaboraron sus propios objetivos en base a las competencias demostrables que debían alcanzar sus alumnos para graduarse.

La formación posgraduada

La formación médica posgraduada es el ciclo educativo en el cual los médicos recién

titulados desarrollan sus competencias y las centran en alguna especialidad. Se lleva a cabo de forma regulada y ha quedado definitivamente anclada en el ámbito profesional asistencial bajo la tutela de profesionales experimentados que asumen la responsabilidad de supervisar e instruir al novel médico en formación. Ha adoptado la metodología educativa experiencial, aprender haciendo en los contextos de la realidad, reflexionando para la acción, sobre la acción y tras la acción (Schön), individualmente o en grupo de trabajo. En esta etapa formativa tiene mucha influencia en el aprendizaje de los valores y actitudes profesionales el aprendizaje por modelos (*modeling*). También se trata de un período de formación que pone en contacto al médico con el contexto organizativo desde una relación con contrato laboral. Aprender a trabajar en el seno de una organización compleja, como son las asistenciales sanitarias, es algo que se da únicamente a través de la experiencia en los programas actuales de formación pre y posgraduada en España. Definitivamente se ha arrinconado la didáctica académica. Pero esto no quiere decir que la universidad no pueda ni deba desempeñar un papel relevante en el proceso, aunque debiera evitarse la confusión de asimilarla a la formación posgraduada académica (masters y doctorados) en tanto en cuanto la academia no supere su desprecio por una realidad que no se deja fácilmente encuadrar en el mundo abstracto. Porque la formación práctica debe complementarse con educación teórica, y en ella debe encontrar la academia su papel en la formación de posgrado.



A pesar de la diferencias existentes entre los sistemas asistenciales de los distintos países, las bases científicas de la medicina son universales, existiendo además un alto grado de equivalencias estructurales, de proceso y de producto educativo del posgrado en todo el mundo, lo que ha permitido a la WFME establecer estándares internacionales comunes, que se caracterizarán por cumplir con los siguientes criterios:

- Cubrir solamente los aspectos generales.
- Englobar categorías amplias en contenidos, proceso, ámbito y resultados.
- Utilidad para inducir el cambio y la reforma.
- Facilitar el establecimiento de requisitos globales mínimos.
- Desarrollar procesos de mejora de calidad.
- Flexibilidad para acomodar diferencias entre culturas y sistemas.
- Asunción nacional de responsabilidades.
- Adaptabilidad a la naturaleza dinámica del desarrollo del programa de posgrado.
- Utilidad para las autoridades responsables del programa de posgrado.

Los estándares de la WFME para la formación de posgrado están agrupados en nueve «clusters» conceptualmente similares a los de la formación básica y se relacionan en la tabla 4. Del conjunto de indicaciones del documento, merecen especial atención los siguientes:

- Las competencias que deben adquirir los residentes no tan sólo deben ser clara-

TABLA 4. Estándares de la formación de posgrado. Áreas y subáreas

Misión y resultados <ul style="list-style-type: none">– Formulación de la misión y de los resultados– Participación en su formulación– Profesionalidad y autonomía– Resultados del proceso educativo
Proceso de formación <ul style="list-style-type: none">– Metodologías de aprendizaje– Métodos científicos– Contenido del proceso de formación– Estructura, composición y duración de la formación– Relación entre la formación y el servicio– Gestión de la formación
Evaluación de los residentes <ul style="list-style-type: none">– Métodos de evaluación– Relación entre evaluación y formación– <i>Feedback</i> a los residentes
Residentes <ul style="list-style-type: none">– Políticas de admisión y selección– Número de residentes– Soporte y consejo a los residentes– Condiciones de trabajo– Representación de los residentes
Personal docente <ul style="list-style-type: none">– Política de contratación– Obligaciones y desarrollo de los formadores
Centros de formación y recursos educativos <ul style="list-style-type: none">– Instalaciones y pacientes– Instalaciones físicas y equipamiento– Equipos clínicos– Tecnología de la información– Investigación– Cualificación educativa– Intercambios educativos
Evaluación de la formación <ul style="list-style-type: none">– Mecanismos para la evaluación de los programas educativos– <i>Feedback</i> de los formadores y de los residentes– Progreso de los residentes– Acreditación y seguimiento de los centros de formación– Implicación de los diferentes agentes sociales
Gobernabilidad y gestión <ul style="list-style-type: none">– Gobernabilidad– Liderazgo profesional– Presupuesto educativo y distribución de recursos– Administración– Requerimientos y normativas
Renovación continuada



mente especificadas, sino también puestas en relación con las adquiridas durante la formación básica. La evaluación de los logros competenciales debe usarse como *feedback* para el desarrollo del programa.

- Se debe guiar al residente mediante supervisión y *feedback* frecuente, asegurando una creciente responsabilización en concordancia con su desarrollo competencial.
- La formación debe asegurar el desarrollo, además del conocimiento, de las habilidades, los atributos personales como comunicador, colaborador, gestor y defensor de la salud.
- La fiabilidad y validez de los métodos de evaluación deben estar documentadas y evaluadas, y al respecto se recomienda el uso de evaluadores externos.
- Los métodos de evaluación deben facilitar el aprendizaje integrado y valorar prácticas predefinidas, lo que exige la estandarización de las actuaciones profesionales.
- La monitorización del residente debe conducir al «*counseling*» incorporando sus necesidades sociales y personales.
- El componente de prestación de servicios por parte del residente debe tener en consideración las necesidades de los pacientes, la continuidad asistencial y sus necesidades educativas.
- Los educadores deben ser expertos en educación, recibir formación y apoyo para desarrollarla y reconocimiento por su labor.
- Los contextos formativos deben ser variados y permitir la exposición a un

«*case-mix*» correspondiente al de la vida real.

- El aprendizaje debe producirse en equipos de trabajo multiprofesionales y multidisciplinarios.
- La evaluación del programa educativo debe comprender los contextos del proceso formativo, la estructura y los componentes específicos del mismo y los logros alcanzados determinando las actuaciones de los residentes.
- La gestión de los programas debe incorporar sistemas de garantías de calidad y de mejora permanente, adaptación de su misión y objetivos a los cambios, de mejora de la metodología educativa, ajustes estructurales y de contenidos, mejora de los sistemas evaluativos, adecuación de los recursos utilizados, de los sistemas de monitorización y de las competencias docentes de los educadores.

El desarrollo profesional continuado

Lo que tradicionalmente se denominaba formación continuada forma parte del concepto más amplio que se engloba dentro de lo que hoy en día se denomina **desarrollo profesional continuado (DPC)**.

A diferencia de la formación básica y posgraduada, el DPC involucra un amplísimo número de agentes, desde cada profesional individualmente a proveedores multinacionales, pasando por las organizaciones empleadoras de los médicos. Las corporaciones médicas, sin embargo, tienen una gran res-



ponsabilidad en la ordenación y garantía de calidad en este ciclo formativo, que por naturaleza es el más extenso de todos ellos.

El DPC es el período formativo que comienza al final de la formación reglada y se extiende a lo largo de toda la vida profesional. Constituye un imperativo para cada médico y un prerrequisito para la mejora de la calidad asistencial. Debiera ser básicamente una actividad **autodirigida**, basada en la práctica y fruto de la reflexión sobre la propia experiencia.

Nuevos conocimientos científicos y nuevas técnicas, nuevas demandas éticas y el desarrollo socioeconómico y organizativo exigen a los médicos que se actualicen mediante el DPC para estar en condiciones de ofrecer servicios de calidad a los pacientes.

Las evidencias disponibles^{21,22} sugieren que el DPC se distingue por tres características: a) la aparición de una necesidad, b) el aprendizaje orientado a la satisfacción de dicha necesidad y c) el seguimiento para comprobar que dicha necesidad ha sido satisfecha. Por tanto, la evaluación de las necesidades forma parte integral del DPC y su metodología es menos importante que su relevancia en relación a la necesidad a cubrir.

El trabajo profesional médico es por naturaleza complejo, incierto y conflictivo, por lo que se espera del médico no tanto que su actuación sea «correcta» en términos generales, sino que sea la «mejor» posible en las circunstancias concretas en que la realiza, lo que precisa que tenga bien desarrollado el «juicio» profesional, el cual incluye, además

de conocimientos formales, los conocimientos procedimentales e intuitivos.

Los beneficios del DPC son raramente tangibles y aún menos evaluables. Sin embargo, en los últimos tiempos han ido apareciendo sistemas para determinar cuáles son los grados deseables de participación en las actividades de DPC, y las corporaciones profesionales o las agencias acreditadoras han ido desarrollando mecanismos de control de calidad, algunas veces con la finalidad de establecer sistemas de recertificación profesional¹⁹.

Una aproximación relativamente novedosa al DPC ha sido la utilización de «*log-books*» o «portfolios» personales en los que se registran las actividades de DPC emprendidas, así como el conjunto de actividades/responsabilidades del médico en la organización para la que trabaja y/o el servicio de salud del que forma parte.

A pesar de la tremenda variabilidad que concurre en el DPC, la WFME ha podido establecer estándares internacionales que se presentan en la tabla 5.

Este ámbito educativo, que hasta ahora había sido negligido por los sistemas educativos, adquiere mayor relevancia en el momento en que se hace perceptible la aceleración de los procesos de cambio y las dificultades que comporta para que los médicos puedan cumplir con su mandato social obteniendo de ello su satisfacción personal. Para conseguir la mejora permanente del DPC es necesario reconsiderar las competencias requeridas por el progreso y los cambios de expectativas de la población, así como re-



TABLA 5. Estándares para el DPC. Áreas y subáreas

<p>Objetivos y resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Formulación de la misión y de los resultados – Participación en la formulación de la misión y los resultados – Profesionalismo y autonomía – Resultados del DPC
<p>Métodos de aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> – Enfoques del DPC – Método científico – Contenido – Proceso – Relación entre el DPC y el servicio – Gestión del DPC
<p>Planificación y documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> – Documentación de las necesidades para la planificación del DPC – Documentación de las actividades de DPC
<p>El médico como individuo</p> <ul style="list-style-type: none"> – Motivación – Estrategias de aprendizaje – Condiciones laborales – Influencia de los médicos en el DPC
<p>Proveedores de DPC</p> <ul style="list-style-type: none"> – Políticas de reconocimiento – Obligaciones de los proveedores – <i>Feedback</i> a los proveedores – Papel de las facultades de medicina
<p>Contextos y recursos educativos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estructura de la formación – Instalaciones y equipamiento – Interacción con los colegas – Tecnologías de la información – Actividades formales de DPC – Cualificación educativa – Intercambios educativos
<p>Evaluación de la metodología y de las competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mecanismos de evaluación – <i>Feedback</i> de las actividades de DPC – Actividades basadas en la actuación profesional – Seguimiento y reconocimiento del DPC
<p>Organización</p> <ul style="list-style-type: none"> – Marcos organizativos – Liderazgo profesional – Financiación y distribución de recursos – Gestión
<p>Renovación continua</p>

Fuente: WFME. Continuing Professional Development of Medical Doctors: Global Standards for Quality Improvement.

visar los enfoques educacionales que garanticen su relevancia. Es imprescindible también desarrollar métodos de autoevaluación y de aprendizaje a partir de la propia práctica profesional.

Referencias bibliográficas

- Schön DA. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey Bass, 1987 (traducción al castellano: *La Formación de los Profesionales Reflexivos*. Barcelona: Editorial Paidós, 1992).
- Eraut M. *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: The Falmer Press, 1994.
- Coles C. Approaching Professional Development. *J Cont Educ Health Professions* 1996;16:152-158.
- Roma J, Oriol Bosch A. Qué lecciones se pueden extraer del aprendizaje basado en problemas. En: Pardell H (ed). *La Formación Médica Continuada a Debate*. Barcelona: Ediciones Mayo, 2001; 1-6.
- McClelland DC. Testing for Competence rather than for «Intelligence». *Am Psychol* 1973;28: 1-14.
- American Board of Internal Medicine's Committee on Evaluation of Clinical Competence. *Project Professionalism*. Philadelphia: ABIM, 1998.
- Oriol Bosch A. Crisis del Profesionalismo o la Solución para la Crisis. En: Canals A (coord). *Opinió Quiral : Sostenibilitat del Sistema Sanitari*. Barcelona: Fundació Privada Vila Casas, 2001.
- World Federation for Medical Education. Estándares Globales en Educación Médica. *Educación Médica* 2004;7 (Supl. 2).
- Institute for International Medical Education. Global Minimum Essential Requirements in Medical Education. *Educación Médica* 2003;6 (Supl. 2).
- Consell Català d'Espesialitats en Ciències de la Salut. *Competències de Professions Sanitàries*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 2002.
- Simpson JG, Furnace J, Crosby J, Cumming AD, Evans PA, Friedman Ben David M, et al. The Scottish Doctor. Learning outcomes for the medi-



- cal undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. *Med Teach* 2002;24:136-143.
12. Smith SR, Fuller B. *Educational Blueprint for the Brown University School of Medicine: Competency-based Curriculum*. Providence: Brown University School of Medicine, 1993.
 - 13a. Pales J, Cardellach F, Estrach MT, Gomar C, Gual A, Pons F, Bombi JA. Defining the Learning Outcomes of Graduates from the Medical School at the University of Barcelona (Catalonia, Spain). *Med Teacher* 2004;26 (3):239-243.
 - 13b. Porcel JM, Esquerda JE, Pena M, Viñas J. *Competències Professionals a assolir durant el Període de formació de pregrau a la Facultat de Medicina, Universitat de Lleida*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida, 2004.
 14. Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen. A Cognitive Perspective on Medical Expertise: Theory and Implications. *Acad Med* 1990;65(10):611-621.
 15. Pons E, Ferrer F, Bohigas L. *La prova d'accés a metge intern resident: Pertinència i capacitats explorades envers l'exercici de la professió mèdica*. Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, 1996.
 16. Walton H (ed). World Summit on Medical Education: The Changing Medical Profession. *Med Educ* 1993;28 (Suppl 1).
 17. General Medical Council. Tomorrow's Doctor: Recommendations on Undergraduate. *Med Educ*. (www.gmc.uk/orgmed_ed/tomdoc.htm) 2002.
 18. Fundación ABIM, Fundación ACP-ASIM y Federación Europea de Medicina Interna. La Profesión Médica en el Nuevo Milenio: los Estatutos para la Regulación de la Práctica Médica. *Med Clin (Barc)* 2002;118:704-706.
 19. Pardell H. ¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada? *Med Clin (Barc)* 2000;114: 419-430.
 20. Elstein AS, Shulman IS, Sprafka SA. *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
 21. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282: 867-874.
 22. Cauffman JG, Forsyth RA, Clark VA, Foster JP, Martin KJ, Lapsys FX, Davis DA. Randomized controlled trials of continuing medical education: what makes them effective? *J Contin Health Prof Edu* 2002;22:214-221. Erratum en: *J Contin Health Prof Edu* 2003;23:67.



NUEVAS ORIENTACIONES EN LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE PREPARACIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS*

JOAN PRAT COROMINAS¹ Y ALBERT ORIOL BOSCH²

¹Profesor titular de Fisiología de la Facultad de Medicina, Vicerrector de Qualitat i Planificació. Universitat de Lleida. Lleida (España).

²Catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Barcelona (España).

Los tres planteamientos curriculares clásicos

El informe Flexner¹ (1910) constituye la primera declaración comprensiva acerca de cómo debe estructurarse un modelo curricular para la formación médica. Esta referencia, casi centenaria, pudiera sorprender como in-

El profesor Joan Prat ha centrado gran parte de su carrera académica en el mundo de la educación médica, y en particular en la renovación curricular. En este sentido ha sido durante 10 años jefe de estudios de la Facultat de Medicina de Lleida, período en el que se creó en ella la primera aula de habilidades de España. De sus 2 años como decano queda el Plan estratégico de la F.M. de Lleida, premiado con la distinción Jaume Vicens Vives a la calidad universitaria, y el documento de competencias de la UdL. Pertenece a diversas asociaciones de educación médica y ha participado en 12 procesos de evaluación de facultades de medicina.

²Catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Ha sido decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Presidente de la Sociedad Española de Ciencias Fisiológicas y de la Sociedad Española de Endocrinología, de la Association for Medical Education in Europe y de la Association for Medical Deans in Europe. Ex-director del Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya.

troducción a un documento acerca de nuevos modelos curriculares, si no empezáramos por constatar dos realidades: la primera es que los actuales planes de estudios en España, y en gran parte de Europa, son claramente flexnerianos en su estructura y en su fondo; la segunda es que, en consecuencia, todo lo que rompe con ese modelo en nuestro país es definido como innovador y, por tanto, entra a formar parte de lo que definiremos como nuevos modelos.

El modelo flexneriano aparece como consecuencia de un estudio encargado a Abraham Flexner por la Carnegie Foundation acerca del estado de la educación médica en las facultades de Medicina de Estados Uni-

*Los autores desean agradecer al Dr Henry Mandin (Calgary, Alta, Canada) su amabilidad al acoger profesores visitantes interesados en la experiencia educativa de la U. de Calgary, al Dr. Hans Karle su interés en la participación de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida en el estudio piloto de evaluación de las facultades de medicina, y al Dr. Andrej Wojckzack el que nos haya invitado a participar en diferentes fases del proyecto GMER y su evaluación.



dos y Canadá. El informe final presentado fue un tanto controvertido por una cierta tendencia hiperbólica en algunas descripciones, lo que contribuyó en parte al revuelo mediático que levantó en su momento. En parte por ello, sus recomendaciones finales hicieron gran mella en la educación médica de la época en Estados Unidos, reafirmando al mismo tiempo modelos que iban asentándose ya en Europa (Flexner había visitado previamente facultades de medicina de renombre en Inglaterra y Alemania que le inspiraron el modelo).

Entre estas recomendaciones cabe destacar que enfatizó la necesidad de una formación en ciencias básicas previa la formación clínica, con el objetivo de mejorar el razonamiento científico de los médicos. Esta recomendación, emitida hace casi 100 años, constituye el origen del programa de dos ciclos que tan profundamente ha marcado, mayoritariamente para bien, la formación de médicos en casi todo el mundo, aunque en la actualidad constituye una importante fuente de tensión curricular. Esa tensión es más evidente por el hecho de que el conocimiento científico previo se interpreta como la necesidad de la existencia de un bloque de materias básicas previo y aislado del bloque clínico (aun cuando el mismo Flexner recomendaba la integración, pero sin aclarar en qué modo).

Sin embargo, el modelo flexneriano hace ya tiempo que presenta signos evidentes de envejecimiento. Por un lado, el conocimiento del «estado del arte» de las ciencias básicas, asequible y defendible con pocas objeciones

en 1910, se ha convertido 100 años después, como consecuencia del acelerado crecimiento de dichas ciencias (en conjunto denominadas biomedicina), en un concepto inasumible en un currículum de 6 años dirigido a la formación de médicos. Ello obliga a pasar los contenidos por los delicados tamices de la pertinencia, la relevancia y la prioridad, actividad harto compleja para el especialista en la materia (casi siempre ajeno al ejercicio de la profesión), que ve en sus múltiples partes una coherencia e indivisibilidad irrenunciables. Por otro lado, la cultura del trabajo en equipo y la toma colectiva de decisiones en los centros (lo que podríamos denominar la cultura organizativa de la Universidad aplicada a la planificación docente, que se podría traducir en la existencia de comités curriculares realmente eficientes) es demasiado débil para permitir la planificación conjunta en lo que a contenidos se refiere. La consecuencia de todo ello es la inflación curricular acompañada de caída en los niveles de competencia en los aspectos más básicos de la profesión². Así, se ha visto que la eficiencia de esta estructura curricular que descontextualiza las ciencias básicas para dotar a los profesionales de un razonamiento científico aplicado a su función profesional es muy escasa.

Otro signo de envejecimiento del modelo lo constituye el hecho de que, aun cuando en muchos aspectos no es una consecuencia directa de las características del mismo, se asocia casi irremediamente a las estrategias educativas más conservadoras del modelo de desarrollo curricular que Harden³



(1984) definiera brillantemente a través del SPICES model (docencia magistral, fundamentada en la acumulación de información, basada en disciplinas, centrada en el hospital, no electiva).

Por último, el modelo flexneriano se ha mostrado generalmente incapaz para asumir la formación en la mayor parte de las competencias transversales (comunicación, aprendizaje a largo plazo, actitudes profesionales, capacidad crítica, etc.), cada vez más valoradas a partir de planteamientos pedagógicos y de consideraciones basadas en las necesidades del desempeño profesional. Tampoco ha sido un buen aliado a la hora de aplicar a la formación los criterios del modelo biopsicosocial (Engel⁴), elemento clave para una comprensión holística de las repercusiones de la interacción entre el paciente, su entorno y la patología, puesto que ha favorecido el encorsetamiento de los profesionales dentro de su estricta área de competencia.

La búsqueda de alternativas no se hizo esperar y así, como un intento de mejorar la convivencia entre los aspectos básicos y médicos de la formación, aparece a inicios de los años 50 el currículo integrado por sistemas de la Case Western Reserve University, en Cleveland, en el cual el bloque científico previo se distribuye en un programa docente estructurado en sistemas/especialidades. Este modelo de estructuración de la docencia obliga a planificar las asignaturas a equipos conjuntos básicos y clínicos, lo que da una oportunidad a la selección de contenidos de acuerdo con criterios de relevancia (posible

en un currículo integrado apoyado en una importante actividad de coordinación). Otra característica relevante del modelo es el contacto temprano con la clínica desde el primer año. Todo ello resulta en una superación importante de algunas de las principales tensiones generadas por el carácter secuencial de la formación flexneriana.

Aun cuando esta aportación de la CWRU no haya generado un modelo estandarizado que otros centros hayan seguido de forma sistemática, ciertamente su filosofía ha influido en muchas de las actuaciones de innovación docente llevadas a cabo en diversas facultades, incluyendo la propia concepción plana de la formación en la enseñanza basada en problemas.

Fue a finales de los sesenta (1969) cuando una facultad pequeña y de nueva factura (McMaster, en Hamilton, Ontario, Canadá), ante la necesidad de hallar su propia proyección en un entorno cargado de facultades prestigiosas, decidió sistematizar un currículo cuyo eje central fuera el proceso de aprendizaje del estudiante, con unos métodos que procuraran ser consecuentes con lo que en la investigación en psicopedagogía se conocía acerca del razonamiento y el aprendizaje. El nacimiento del Problem Based Learning (PBL, o Aprendizaje Basado en Problemas, ABP) supuso el tercer gran hito en ese camino para encontrar un método eficiente para la formación de médicos⁵.

La existencia de una facultad que lleva a cabo y reivindica un modelo formativo que se acerca mucho a lo que se deduce del estudio científico del aprendizaje, y que ade-



más se acerca mucho más que otras propuestas a las estrategias curriculares recomendadas desde los hallazgos del cognitivismo o las recomendaciones de los expertos, incluyendo las estrategias privilegiadas en el modelo SPICES, convierte McMaster en el paradigma de la modernidad, y genera entre el profesorado de las facultades de medicina de todo el mundo, incluidas sin duda, aunque con bastante retraso, las españolas, una dualidad ideológica que se ha mantenido hasta nuestros días. Por un lado, los defensores del currículo organizado en base a materias (correspondientes en España a áreas de conocimiento), cuyo argumento más repetido es (y hay que reconocer que nada falta de razón, sobre todo en una universidad como la española, que valora tan poco la dedicación docente y que dispone de unas estructuras colegiadas de poder y coordinación tan endebles) la dificultad conceptual y operativa del cambio. Por otro, algunos grupos de profesores más motivados por intentar encontrar soluciones a los innegables problemas de los programas formativos, objetivados de forma clara si se intenta ponderar los resultados de un largo programa de 6 años (el más largo de la universidad española) que no consigue asegurar un grado objetivable de competencia en el desempeño de la profesión cuyo título se certifica.

La importancia de la cuestión planteada convierte la comparación de los resultados de ambos modelos en un clásico de la publicación en educación médica durante muchos años^{6,7}. Sin embargo, los resultados obteni-

dos utilizando pruebas de evaluación clásicas (incluyendo las diversas fases del United States Medical Licensing Examination - USMLE-) no han conseguido demostrar diferencias significativas entre ambos sistemas, si bien el ABP sí presenta ventajas demostradas cuando se miden variables como el estrés del estudiante durante la formación, la adaptabilidad a nuevos ambientes, la comunicabilidad, el trabajo en equipo, la búsqueda de información, el aprendizaje continuado, etc., es decir, competencias transversales de alto valor en la formación médica, según las recomendaciones de reconocidos organismos relacionados con la formación médica (*Tomorrow's doctors*⁸, del General Medical Council -GMC-, *Global Minimum Essential Requirements*, del Institute for International Medical Education -IIME-, etc.), fundamentadas en posicionamientos internacionales de elevado grado de reconocimiento (OMS⁹).

Otro aspecto sobre el que existe controversia es el de la formación científica de los estudiantes que aprenden mediante PBL, cuestión central de la reforma flexneriana e importante fuente de dudas para muchos profesores, particularmente de ciencias básicas. Así, aun cuando uno de los objetivos centrales del PBL es mejorar la relevancia para el estudiante de las ciencias básicas por su integración en la clínica, para muchos autores¹⁰ ese objetivo no sólo no se consigue, sino que los currícula PBL generan estudiantes con una pobre formación científica. Sin embargo, las experiencias expuestas por otras facultades¹¹ concuerdan con el modelo



teórico, es decir, que los estudiantes de ABP adquieren un mejor razonamiento científico (probablemente, un concepto diferente al de conocimientos científicos). Otras facultades, como la de Harvard¹², declaran no haber encontrado diferencias.

Estas propiedades del método han llevado a su extensión en más de un centenar de facultades de todo el mundo, proceso que se está acelerando en estos últimos años. Esta extensión afecta sobre todo a los Estados Unidos y Canadá, aunque también al resto de América, Asia, y cada vez más a las facultades europeas, en particular inglesas y holandesas, entre las que Maastrich ha significado un referente con más de 20 años de evolución en el modelo. Por otro lado, son muchas más las que han adaptado aspectos parciales (por ejemplo, para aplicarlo en el ciclo clínico, en grupos de asignaturas¹³ o para la adquisición de determinados tipos de competencias). En algunos casos, la adaptación del modelo se ha realizado innovando con un bagaje conceptual tan importante que podrían incluso ser considerados como un modelo diferenciado. Tal es el caso del programa por «presentaciones clínicas» de la Facultad de Calgary¹⁴ (Alberta, Canadá), caracterizado por un aprendizaje más dirigido y estructurado en base a los estudios del razonamiento profesional que se pretende emular en el proceso formativo¹⁵.

Otro ejemplo de adaptación lo constituye el programa de New Mexico¹⁶, que combina la aplicación de PBL con una formación orientada a la comunidad.

La reforma española del 93

Aparte de los grandes paradigmas curriculares mencionados, de los que el primero hace principalmente referencia a los contenidos de la formación, mientras que los modelos de la CWRU y McMaster hacen referencia al proceso de enseñanza/aprendizaje, las aportaciones menores a los programas formativos de pregrado para médicos han sido numerosas. Por centrarnos de entrada en España, la reforma de 1993 trajo consigo la integración horizontal de asignaturas en varias facultades (con niveles reales de integración que van de la coordinación espaciotemporal -en la mayor parte de los casos- a la integración efectiva de contenidos), trajo consigo también el concepto de optatividad (y libre elección), cuyas potencialidades se han empleado generalmente poco y mal. Trajo también la incorporación de nuevos contenidos, algunos basados en campos de la ciencia en rápido crecimiento (p. ej., genética), otros más relacionados con aspectos de la profesión médica clásicamente ignorados en el período universitario, como la economía de la salud o la atención primaria, pero, salvo raras excepciones, las competencias transversales (comunicación, aprendizaje a lo largo de la vida, trabajo en equipo...) han continuado ausentes de los currícula de las facultades españolas, con la salvedad de que en algunos planes de estudios han aparecido los idiomas y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).



El cambio de paradigma: de la planificación de procesos a la de resultados

En 1996, la facultad de Medicina de la Universidad Brown (Providence, Rhode Island) anunció la puesta en marcha del «MD 2000 Curriculum»¹⁷, hecho que causó poco impacto, a pesar de ser una facultad importante de una universidad de Nueva Inglaterra, quizás porque el cambio no se inscribía en aquellos momentos en el goteo de facultades que iban adoptando la enseñanza por problemas. El cambio, innovador y revolucionario, consistía en la definición del programa de formación en base a los resultados del proceso formativo, no a las características del proceso de formación. Si analizamos la literatura asociada a los modelos precedentes, nos damos cuenta de que en todos ellos, los tres más paradigmáticos y las muchas variantes a que dieron lugar, el objetivo central del modelo es la definición de un proceso de formación, para luego comparar los resultados como método de evaluación de su rendimiento.

La oportunidad de valorar la adquisición de capacidades relevantes para el ejercicio profesional en un estudiante, así como la caracterización de los resultados de un programa la formación sobre el individuo, habían sido abordadas previamente por diversos pedagogos a principios de los 70, siendo aplicadas en un principio a la formación profesional, aunque pronto impregnaron el lenguaje de algunas especialidades médicas, como la Pediatría¹⁸. El elemento básico para

esta definición es el concepto de competencia, un constructo que define un determinado grado de capacidad operativa en un entorno determinado, y cuyo sustrato cognitivo incluye conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos. El concepto de competencia ha sido utilizado con diversos grados de amplitud. Así, en el protocolo del Outcome Project del Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)^{19,20} todo el programa formativo se resume en seis competencias (p. ej., cuidados del paciente), o el de pregrado de la Brown University²¹ en 9 (p.ej., comunicación efectiva), mientras que en el extremo contrario, en el documento de consenso elaborado por las facultades de medicina escocesas²², las competencias se definen con gran detalle (p. ej., interpretar un electrocardiograma normal). Existen también grados intermedios de concreción. En realidad, cuanto más concretas, más fáciles son de definir y evaluar. Así, las competencias muy amplias requieren de mecanismos complejos y muy bien ajustados de evaluación para no perder significación. En cualquier caso, ambos grados de concreción son igualmente válidos siempre que la competencia mantenga sus tres propiedades centrales: relevancia en el entorno profesional (por ello es obligado el concurso de profesionales en activo para su definición), transferibilidad al estudiante y la posibilidad de que sea evaluada objetivamente. Así, la definición objetiva de las diferentes competencias individualizables (de cara a la objetivación de la formación y la evaluación) que deberá demostrar un profesional para actuar con un



grado de competencia determinado adecuado a un perfil profesional (nivel y contexto determinados en el ejercicio de una profesión) constituye, pues, la materialización del concepto de la enseñanza centrada en los resultados.

Dadas las ventajas de este modelo para la formación en titulaciones como la de medicina, cabe preguntarse por qué tardó tanto en plantearse su aplicación formal en la planificación curricular. Existe una razón poderosa que ha estado retrasando la implantación del modelo hasta épocas tan recientes: para que el modelo sea útil, es necesario que existan herramientas de evaluación que permitan medir de forma sensible, objetiva, específica y fiable dichos resultados. En caso contrario, cualquier definición de las características del producto acabaría en un ejercicio de literatura académica. La aparición en 1975 del OSCE (Objective Structured Clinical Examination)²³ significó un primer paso para tener a mano una tecnología para esta función que con el tiempo acabará cumpliendo los requisitos anteriormente señalados a un nivel comparable a los actuales sistemas objetivos de evaluación de conocimientos. El OSCE inicial ha dado lugar a numerosos desarrollos posteriores, enriqueciéndolo con los recursos de nuevas herramientas evaluativas como los pacientes estandarizados, aplicaciones de las TIC, o los instrumentos de simulación que, cada vez con mayor eficiencia, permiten adquirir o demostrar habilidades sin necesidad de molestar a un paciente cada vez. También el desarrollo de los fundamentos de las pruebas ha sido espectacular gracias al concurso

de diversos profesionales (psicólogos, pedagogos, médicos, educadores), sobre todo porque la medición de la competencia de los profesionales se ha convertido en una cuestión muy relevante para organizaciones médicas preocupadas por la calidad de los profesionales, que es una parte sustancial de la calidad del sistema sanitario, y por tanto de la salud de la población (Educational Committee for Foreign Medical Graduates -EFMG-, National Board of Medical Examiners -NBME-, Royal College of Physicians of Canada -RCPSC-, Accreditation Council for Graduate Medical Education -ACGME- y, por ejemplo en Cataluña, el Institut d'Estudis de la Salut -IES-). Desde el punto de vista de la evaluación, hay que tener presente que la evaluación basada en competencias sube dos peldaños en la pirámide de Miller²⁴ respecto a la evaluación tradicional de conocimientos, lo que da una idea del salto cualitativo que supone en cuanto a significación educativa.

Es bien conocido en ámbitos extraacadémicos que la definición de los resultados de un proceso (definición de los estándares de un producto), acompañada de la verificación de su cumplimiento, es el más eficiente de los métodos para la definición de un proceso (y para la potenciación de su mejora). Este concepto tan intuitivo había sido muy poco empleado para la definición de programas formativos²⁵, y nunca para un currículo entero. Existen, además del principio de gestión antes mencionado, numerosas razones para empezar un planteamiento formativo por la definición del resultado esperado del mismo. Sólo para traer a la memoria, en este mo-



mento, a un clásico de la educación médica, recordaremos las palabras de J. J. Guilbert²⁶: «Si no sabemos a dónde vamos, es muy fácil que acabemos en otra parte sin que nos hayamos dado cuenta».

La primera de las razones, que quizás esté en la base de todas las demás, es la imperiosa necesidad de criterios para determinar la pertinencia y relevancia²⁷ de los contenidos de un plan de estudios. Nos movemos en un contexto en el que tanto las ciencias básicas como el conocimiento clínico se incrementan exponencialmente, y que nuevos contenidos (transversales, énfasis en las habilidades, mayor complejidad del entorno laboral, consideraciones de carácter económico y de gestión, visión holística del paciente, de la patología y de su entorno, etc.) enriquecen la formación desde campos injustamente olvidados. En este contexto, cualquier aspiración a la exhaustividad en las materias que componen el currículo (una situación harto repetida en la realidad) conlleva inevitablemente a una de las tres patologías curriculares siguientes: una desviación de esfuerzos del estudiante, la sobreexplotación de sus recursos y capacidades (con severos riesgos para su motivación e incluso su salud psicológica) o la vana aspiración a un currículo de duración ilimitada.

Así, un valor de primer orden a considerar de la planificación basada en resultados, o competencias, es, de cara a la institución, el orientar con considerable facilidad y objetividad cuál debe ser el criterio a la hora de seleccionar las partes de los contenidos, todos ellos de un interés indudable, en aras de

plantear un programa de formación racional y asumible por el estudiante y la sociedad. La respuesta más lógica es (no sólo en medicina, sino en todas aquellas titulaciones abocadas a un mercado laboral bien definido, en particular las que terminan en el ejercicio de una profesión) que deben priorizarse los aspectos que son más relevantes para un ejercicio eficiente y fundamentado (competente) de la profesión²⁸, y en el caso de la profesión de médico cuidando de manera exquisita de evitar que pueda acceder al título alguien que por su incompetencia pueda poner en peligro la salud de las personas. Así, la capacidad de actuar con competencia en un determinado nivel de actuación y responsabilidad efectiva dentro del sistema sanitario (destino final de la mayoría de los estudiantes españoles) debe constituir el grado de competencia que la facultad debe asegurarse de ofrecer.

De cara al entorno profesional, este paradigma contiene en su enunciado un hecho de un valor extraordinario, particularmente en el contexto europeo del EEES (espacio europeo de educación superior, o proceso de Bolonia), que enuncia el concepto de la educación como generador de valor (riqueza) para la sociedad, preconiza la empleabilidad y la adecuación al mercado laboral (sinónimos funcionales) como un objetivo prioritario del quehacer formativo de las universidades. Precisamente, el lenguaje de las competencias constituye un lenguaje de transición, con contenido semántico claro en la Universidad, pero también con un contenido semántico claro para el desempeño de una acti-



vidad laboral. Por ejemplo, puede resultar irresponsable confiar la detección de la hipertensión arterial a un licenciado de cuyo currículo se sabe que contiene conocimientos de hemodinámica; sin embargo, resulta evidente interpretar qué actividad profesional se puede confiar a un licenciado entre cuyas competencias se incluye la determinación de la presión arterial o el manejo del paciente hipertenso no complicado, aun cuando se asuma que para el desempeño competente de dicha habilidad sea necesario lo primero. La definición de las competencias asociadas a un título constituye una herramienta de información para disminuir la tensión superficial en esa interfase tan injustamente poco considerada entre la formación universitaria y el desempeño profesional. Así, el tradicional desencuentro entre las facultades de medicina y el sistema sanitario, que en España terminó con la imposición por el segundo de una serie de normas para el ejercicio profesional de los egresados de las facultades, entre ellas la realización de una prueba selectiva (en su momento) para el acceso a la formación especializada, podría canalizarse a través de una acción cooperativa de definición de las competencias a adquirir durante el pregrado, lo cual, de ir seguido de las actuaciones formativas y de evaluación y certificación pertinentes, facilitaría enormemente la planificación de la formación de posgrado.

La incorporación en Estados Unidos (Educational Committee for Foreign Medical Graduates, ECFMG²⁹, y el National Board of Medical Examiners, NBME) y Canadá (Royal College of Physicians and Surgeons of Cana-

da, RCPSC³⁰) de una etapa de valoración de la competencia en las pruebas nacionales de acreditación, también para estudiantes extranjeros en EEUU, ha tenido un potente efecto promotor de los planteamientos centrados en la adquisición de las competencias, y ha llevado a que, con independencia del modelo formativo de la institución, se hayan definido las competencias a adquirir durante la formación universitaria y puesto los medios para adquirir y certificar éstos. En consecuencia, esta nueva orientación ha impregnado la metodología de formación y evaluación de los programas de la mayor parte de la universidades americanas, llevando a la incorporación en las mismas de aulas de habilidades clínicas, programas de formación clínica estructurada y metodologías de evaluación de la competencia como una rutina en el proceso formativo. Más acentuado ha sido aún el impacto de este paradigma en la formación posgraduada, en la que casi todas las especialidades tienen definidas sus competencias específicas y protocolizados los procesos de evaluación y recertificación.

Con una visión de alcance internacional, el Institute for International Medical Education (IIME)^{31,32}, una división para la educación médica de la Rockefeller Foundation, llevó a cabo un estudio colaborativo internacional acerca de los estándares competenciales mínimos que debían adquirirse en la formación médica en un intento de definir las capacidades de la profesión médica a nivel internacional. Dicho estudio concluyó con la definición de 60 competencias divididas en 7



ámbitos competenciales. Su importancia radica, en particular para nuestro medio europeo, en el alcance global del proyecto, que va más allá de las acciones realizadas de cara al mercado americano, y en que su metodología comprende una fase de estudio y validación de las competencias en diferentes medios educativos y culturales, fase que ya se ha llevado a cabo en una primera acción en 9 facultades de la China continental. El modelo del IIME ha servido de patrón para la elaboración de las propuestas españolas de planificación del EEES.

En el contexto propiamente europeo, está previsto que durante el mes de mayo de 2005 se inicien las actividades del grupo de trabajo MEDINE en lo que va a ser el llamado proceso de «tuning» de medicina, consistente en definir los elementos comunes de los títulos europeos y en el que una fase importante va a consistir en la elaboración de las competencias básicas de los titulados, proceso que tiene altas posibilidades de inspirarse en la misma fuente que el catalán y el español, es decir, el trabajo del IIME.

La enumeración de las tendencias educativas a principios del siglo XXI no puede cerrarse sin hacer mención al impacto que las nuevas tecnologías y los procesos de evaluación van a suponer en el mundo de la educación médica.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, cuyo enorme potencial en educación nadie discute debido a su capacidad de vehicular información en muy diferentes formatos, e incluso de negociarla interactivamente con el usuario, chocan, sin

embargo, en lo que al aprendizaje de la medicina se refiere con grandes dificultades a la hora de generar los recursos para el aprendizaje o la evaluación de maniobras, valoraciones (caracteres organolépticos, de contextos...). Como consecuencia de ello, se valora que a corto o medio plazo el medio laboral normal (hospitales y ambulatorios) continuará siendo imprescindible, de manera que lo que ocurre en muchas otras titulaciones (que se han virtualizado totalmente en universidades especializadas en esta metodología de trabajo) va a llegar por lo menos más tarde que en éstas. Aun así, no se podrá ignorar la aportación que, aparte de la deslocalización de los conocimientos de la biomedicina, están realizando ya estas tecnologías, proveyendo de casos por ordenador, bancos de imágenes biomédicas, etc. En este sentido, la iniciativa IVIMEDS⁵³ pretende canalizar una parte importante de estos recursos.

Otro factor que contribuirá de forma notable al cambio de escenario de la formación lo constituirán los sistemas de evaluación de las instituciones, tanto los nacionales, centrados en los principios de la calidad en la actividad de la institución universitaria, como los de base profesional y alcance internacional, entre los que destaca el proyecto Global Standards in Pregraduate Medical Education³⁴, de la World Federation for Medical Education, definiendo unas exigencias claras en cuanto a volumen y calidad de los recursos, control del desarrollo de los procesos y calidad de los resultados, que van a marcar de forma muy clara a las



instituciones la necesidad de ceñirse a un marco de actuación que va a evitar diferencias de calidad excesivas, facilitando la internacionalización del ejercicio de la profesión.

La situación en España en 2005

Durante el período 2005-2010, la Universidad española, al igual que la europea, está abocada a un cambio de paradigma muy importante derivado de la imperiosa necesidad de ser el motor de la Europa del conocimiento y de la innovación, como respuesta de nuestros países a la vertiginosa pérdida de peso de nuestro continente en lo cultural y lo económico en el mundo globalizado que se está iniciando y en el que sólo la calidad y la innovación permiten hacer frente a la incorporación a la producción de grandes masas laborales en los países subdesarrollados. Esa realidad ha llevado a los dirigentes europeos a confiar en la Universidad las funciones de formación y de creación de nuevos productos y procesos para mantener la vitalidad de la sociedad del bienestar europea. Las facultades de medicina también se ven inmersas en este contexto y, como en todas las demás, se producen fuertes tensiones entre los cambios necesarios para la consecución de los objetivos finales mencionados y la cultura universitaria clásica, muy poco dada a la interacción con los problemas del entorno. El desarrollo legislativo español por otro lado (decretos de grado y de posgrado, etc.) tampoco ha dado a

los universitarios signos de una visión clara y decidida de redireccionamiento de la actividad universitaria.

En este contexto han nacido algunos programas para la actualización de los currícula, en general promovidos y financiados por las agencias de evaluación y acreditación. Así, entre 1994 y 1995 se han desarrollado los programas de planificación siguientes: AQU-Catalunya, proyecto DISSENY³⁵ (Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya), y Proyecto de Convergencia Europea³⁶ (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [ANECA] - Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina Españolas [CDFME]). Ambos programas han sido realizados en España para conducir y orientar la planificación en el contexto del EEES, de manera que en ambos se definen los mismos 7 ámbitos competenciales. La principal diferencia entre ambos consiste en que así como el de Catalunya se centra exclusivamente en la definición de los «*outcomes*», el español contiene además orientaciones acerca de contenidos curriculares, lo que difumina la coherencia del modelo.

Por otro lado, y con un objetivo de aplicación directa a sus respectivos procesos formativos, las Facultades de Medicina de Lleida³⁷ y de la Universidad de Barcelona³⁸ definieron sus catálogos de competencias, basados en el documento de acuerdo de los decanos escoceses, que las respectivas comisiones de ambos centros adaptaron a los condicionantes del medio de cada facultad. Estas definiciones, cuya correspondencia con las más generales de DISSENY o ANECA



(ambas basadas en el documento del IIME) se está ajustando en estos momentos, tienen una expresión más concreta que las del IIME, que asumen la necesidad de una menor concreción al estar pensadas para toda clase de facultades en una gran variedad de contextos culturales. Muchas otras facultades (Rovira i Virgili, Universidad Autónoma de Barcelona, Córdoba, Granada y otras) tienen también este proceso en marcha.

Epílogo

¿Podemos entender, pues, que la educación médica basada en resultados supone el fin del debate metodológico? Podríamos decir que sí en la medida que puede poner en duda la necesidad de definir currícula homogéneos (plan de estudios PBL o plan de estudios por asignaturas). La realidad, sin embargo, es que el debate se fragmenta y redirige en el sentido de decidir cuál es la mejor estrategia de aprendizaje y de evaluación para cada competencia (lo que, por otro lado, resulta en general bastante más sencillo de determinar, sobre todo para un experto, pero también para la mayor parte de los profesores con sentido común y con una predisposición razonable hacia la actividad docente), y no tanto el criterio, siempre cojo desde algún punto de vista, del diseño curricular global. Así, las medidas educativas para la formación de un graduado competente, por su solidez y evidencia para el profesor estándar, van a ir ganando terreno en el tiempo de formación dedicado a otros conte-

nidos más definidos por razones históricas o ideológicas, aun sin los difíciles cambios radicales en el modelo de formación.

Si se ha afirmado hasta ahora de la innovación curricular que es la reforma permanente sin cambio³⁹, quizá redireccionar la formación hacia la adquisición de la competencia marcará la llegada del cambio sin necesidad de grandes y vistosas reformas.

Referencias bibliográficas

1. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin N° 4, 1910.
2. Thurman GK, Sanders MK. Competency based education versus traditional education: a comparison of effectiveness. *Radiol Technol* 1987;59:164-9.
3. Harden RM, Sonden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ* 1984;18(4):284-97.
4. Engel GL. The clinical application of the biosychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-44.
5. Spaulding WB. *Revitalising Medical Education: McMaster Medical School. The early years 1965-1974*. Hamilton (ON) y New York: BC Decker Inc., 1991.
6. Albanese MA, Mitchell S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med* 1993;68:52-81.
7. Vernon DTA, Blake RL. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med* 1993; 68:550-63.



8. GMC «*Tomorrow's doctors*». London: The General Medical Council, 1993.
9. WHO. Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education. Report of the global conference on the international collaboration on medical education and practice:12-15 june 1994, Rockford, Illinois. Geneva: World Health Organization, 1995.
10. Sweeney G. The challenge for basic science education in problem-based medical curricula. *Clin Invest Med* 1999;22(1):15-22.
11. Dahle LO, Brindhilsen J, Behrbohm Fallsberg M, Rundquist I, Hammar M. Pros and cons of vertical integration between clinical medicine and basic science within a problem-based undergraduate medical curriculum: examples and experiences from Linköping, Sweden. *Med Teach* 2002;24(3): 280-5.
12. Moore GT, Block SD, Style CB, Mitchell R. The influence of the new pathway curriculum on Harvard medical students. *Acad Med* 1994;69(12): 983-9.
13. Schwartz PL, Loten EG, Miller AP. Curriculum reform at the University of Otago Medical School *Acad Med* 1999;74(6):675-9.
14. Mandin H, Harasym P, Eagle C, Watanabe M. Developing a «clinical presentation» curriculum in the University of Calgary. *Acad Med* 1995;70(3): 186-93.
15. Mandin H, Jones A, Woloschuck W, Harasym P. Helping students learn to think like experts when solving clinical problems. *Acad Med* 1997;72(3): 1043-5.
16. Kaufman A, Mennin S, Waterman R, et al. The New Mexico Experiment: Educational innovation and institutional change. *Acad Med* 1989;64(6): 285-94.
17. Smith SR, Dollase RH. Planning, implementing and evaluating a competency-based curriculum. *Med Teach* 1999;21(1):5-22.
18. American Board of Pediatrics. *Foundations for evaluating the competency of pediatricians*. Chicago: American Board of Pediatrics, 1974.
19. Leach DC. Evaluation of competency: an ACGME perspective. *Am J Physic Med Rehab* 2000;79(5): 487-9.
20. Accreditation Council for Graduate Medical Education. *The outcome project*. Chicago: ACGME, 2000.
21. Smith SR, Dollase RH, Boss JA. Assessing student's performances in a competency-based curriculum. *Acad Med* 2003;78:97-107.
22. Simpson JG, Furnace J, Crosby J, Cummings AD, et al. The Scottish doctor-learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland. A foundation for competent and reflective practitioners. *Med Teach* 2002;24(2):136-143.
23. Harden RM, Stevenson M, Wilson Downie W, Wilson GM. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *BMJ* 1975;1:447-51.
24. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65:s63-7.
25. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting Paradigms: from Flexner to Competencies. *Acad Med* 2002;77:361-7.
26. Guilbert JJ. *Guide pédagogique pour les personnels de santé*. Geneve: OMS, 1981.
27. Chastonay P, Brenner E, Peel S, Guilbert JJ. The need for more efficacy and relevance in medical education *Med Educ* 1996;30(4):235-8.
28. Bowden JL, Marton F. What should be learned: competence and competencies? En: *The university of learning. Beyond quality and competence in higher education*. London, 1998; 91-129.
29. ECFMG. *ECMG certification-clinical skills assessment*. Philadelphia: Educational Commission of Foreign Medical Graduates, 2001.
30. RCPSC. *General information and regulations on residency requirements and examinations leading to certification*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2001.
31. Wojkzack A, Schwartz MR. Minimum essential requirements and standards in medical education. *Acad Med* 2000;22(6):555-9.



LA PROFESIÓN MÉDICA: LOS RETOS DEL MILENIO

32. Core Committee, Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach* 2000; 24(2):130-5.
33. Harden MR, Hart I. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education. *Med Teach* 2002;24(3):261-7.
34. Karle H. Global Standards in Medical Education - an instrument in quality improvement. *Med Educ* 2002;36(7):604-5.
35. Grup de treball del projecte DISSENY. Competències professionals bàsiques comunes dels licenciatos en medicina formats a les universitats de Catalunya. Barcelona: AquCatalunya, 2004.
36. Grupo de Trabajo de la CNDFME. *Libro blanco de la titulación de medicina*. Madrid: ANECA (en elaboración).
37. Grup de Treball de Competències. *Competències professionals a assolir durant el període de formació de pregrau*. Lleida: Facultat de Medicina, UdL, 2004.
38. Grup de Treball de Competències. *Competències que han d'adquirir els estudiants de medicina durant els estudis de pregrau a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona*. Barcelona: Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 2003.
39. Regan-Smith MG. «Reform without change»: update, 1998. *Acad Med* 1998;73(5):505-7.



ACREDITACIÓN INDIVIDUAL: RECERTIFICACIÓN, REVALIDACIÓN, RELICENCIA

DONALD IRVINE

*Ex-presidente, General Medical Council del Reino Unido.
Presidente, Picker Institute Europe. Oxford (Reino Unido).*

Introducción

Toda persona quiere ser tratada por un «buen» médico. La mayoría de las personas sabe de manera instintiva que las decisiones que toman los médicos sobre el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad pueden afectar al resultado y las consecuencias derivadas de la misma y que, a veces, eso puede establecer la línea divisoria entre la vida y la muerte. Cuando las personas están afectadas por una enfermedad, quieren dar por supuesto el profesionalismo de su médico; quieren ser atendidas por médicos en quienes puedan confiar^{1,2}.

Sir Donald Irvine ha sido y es un firme promotor e impulsor de un enfoque de los cuidados médicos y de salud centrados en el paciente y de una concepción del profesionalismo médico basado en la periódica revalidación de la licencia de todos los médicos a lo largo de su vida, aspectos que constituyeron lo fundamental de su actuación como Presidente del General Medical Council (1995-2002) del Reino Unido y que quedaron plasmados en el código Good Medical Practice cuyo desarrollo él promovió y que es ampliamente conocido en todo el mundo.

Así pues, ¿qué significa para la gente un «buen» médico? Esencialmente, aquél que reúne algunos atributos básicos tales como la competencia clínica, una apropiada actitud hacia los pacientes, honestidad e integridad ética. Las personas quieren ser tratadas por médicos que tengan los suficientes conocimientos y competencia clínicos, pero que sean conscientes de sus limitaciones y, por ello, no lleguen a causarles daño. De la misma manera, quieren a médicos que transmitan empatía y amabilidad, que sepan escuchar y comunicarse, que vayan a tratarlas siempre con dignidad y a involucrarlas, en la medida en que ellas deseen, en la toma de decisiones sobre los cuidados médicos³⁻⁵.

La mayoría de los pacientes consideran a sus médicos «buenos» y dignos de confianza. Sin embargo, suelen confiar menos en los médicos como colectivo y en las instituciones sanitarias⁶. Pero hay algo que advertir. Mientras los pacientes pueden juzgar las cualidades personales de sus médicos, saben que, en cambio, han de dar prácticamente por sentada su competencia clínica. No pueden evaluar este aspecto de la profesión sa-



tisfactoriamente. Así que confían en las regulaciones médicas para estar seguros tanto de la práctica médica como de estar protegidos frente a aquella que no cumpla los estándares exigidos. Alguna indicación de esta dependencia quedó de manifiesto en un estudio reciente (2003) de la opinión pública estadounidense llevada a cabo por el American Board of Internal Medicine (ABIM)⁵. La mayoría de los encuestados respondió que probablemente cambiaría de médico en caso de que éste no pudiera mantener la certificación, y que elegiría a un médico certificado por un consejo antes que a un médico no certificado recomendado por un familiar o un amigo íntimo.

Pero hay un problema. De hecho, ninguno de los sistemas reguladores nacionales proporciona a los pacientes la sólida protección con la que creían contar. Hay lagunas significativas. Y ello porque, por definición, no se tiene un conocimiento sustantivo de ningún tipo sobre la competencia actual de los médicos para ejercer la profesión en los lugares en los que no existe la recertificación basada en la evaluación. Además, la información acerca de las quejas de los pacientes sobre sus médicos, la exposición de las irregularidades en la cultura profesional y el control clínico en los lugares de trabajo⁷, los datos de estudios a gran escala sobre las experiencias de los pacientes respecto al cuidado médico^{3,8}, y las estimaciones obtenidas a partir de reguladores propios⁹, vienen a sugerir que bien pueden darse con una frecuencia nada despreciable casos de práctica situada por debajo de los estándares. De he-

cho, los médicos y sus organismos reguladores han tolerado demasiado a menudo tal práctica porque les ha evitado enfrentarse a sus colegas. Con todo ello, una minoría de pacientes ha estado, y está todavía, expuesta a un riesgo injustificable del que no se le ha dado cuenta, o a experiencias con médicos que ella misma encuentra de continuo insatisfactorias.

No obstante, va creciendo la conciencia pública del problema. Consideremos, por ejemplo, el impacto que algunos casos relevantes han tenido sobre dicha conciencia y, por ello, sobre las actitudes públicas hacia la profesión médica. Buenos ejemplos son el problema de la cirugía cardíaca pediátrica en el Bristol Royal Infirmary (el caso Bristol), y la práctica ginecológica del Dr. Rodney Ledward en el Reino Unido, el caso del Dr. Michael Shwango, que pudo haber envenenado a nada menos que a 60 de sus pacientes mientras ejerció como médico en los Estados Unidos y posteriormente en Zambia, y el caso del Dr. Herbert Green, un médico del National Women's Hospital, en Auckland, Nueva Zelanda, que fue acusado de haber privado de tratamiento convencional a pacientes con carcinoma de cuello de útero para estudiar el curso natural de la enfermedad. (Alrededor de 40 de sus pacientes fueron desarrollando un cáncer metastásico). Todos estos incidentes han tenido un impacto sobre las políticas y la conducta del sistema regulador nacional¹⁰.

Dados estos antecedentes, no resulta sorprendente que el público y los medios de comunicación muestren cada vez mayor firme-



za en sus exigencias a los organismos reguladores cuando lo consideran necesario. Así que la cuestión para éstos, al dar cuenta del problema, es la de procurar que la distancia entre la buena y la mala práctica se acorte lo más posible. Ésta es la posición en Gran Bretaña, donde el público espera ahora que el General Medical Council (GMC) les ofrezca las máximas garantías de que todos los médicos licenciados -no sólo la inmensa mayoría- cumplen los estándares que se dicen necesarios para una práctica segura. Esto implica la evidencia del cumplimiento expresada en términos de los resultados de una evaluación regular de la competencia y la práctica de todos los médicos, esto es, una revalidación.

Éste es pues el contexto con el que contrastar los cambios que los reguladores están llevando a cabo para cumplir el reto. En este breve capítulo, me he centrado claramente en tres países, los Estados Unidos, Canadá, y el Reino Unido, porque sus sistemas parecen estar mucho más al día en la forma de abordar el problema y porque hay mucho que aprender de su experiencia.

El marco de regulación

En el mundo médico-sanitario el instrumento básico es la licencia. Las autoridades que otorgan las licencias son cuerpos estatutarios en los que la sociedad confía para asegurar que sólo a las personas debidamente cualificadas se les permite practicar la medicina. Permiten que estos médicos ejerzan la

profesión y tienen poder para expulsar a cualquiera de ellos que haya dejado de estar preparado para desempeñar su profesión por el motivo que sea. Así que la licencia es restrictiva; nadie puede ejercer sin ella. Las autoridades licenciadoras pueden ser nacionales, como el General Medical Council (GMC) en el Reino Unido, o regionales; en este último caso su jurisdicción queda restringida a un estado o provincia (como en los Estados Unidos y Australia, y en Canadá, respectivamente). Éstas cumplen sus funciones manteniendo los registros de los médicos a quienes han otorgado licencia para ejercer.

En los últimos 50 años, en el mundo desarrollado se ha aceptado que la formación médica básica no es suficiente para poder ejercer la profesión de forma no supervisada. Por ello existe formación de posgrado para todas las especialidades, incluida la medicina general/de familia. Los cuerpos profesionales específicos para cada especialidad establecen los estándares necesarios para el ejercicio en sus respectivos campos y la formación necesaria para alcanzar esos estándares. Al otorgar una certificación, que puede o no formar parte de una estructura estatutaria, se determina que se ha llevado a cabo la formación y por ello la idoneidad para ejercer como especialista no supervisado en el campo médico de su elección. La certificación es indicativa, es decir que no es, como la licencia, absolutamente restrictiva. Así que, por ejemplo, en los Estados Unidos es posible ejercer como médico general a pesar de no estar certificado por un consejo en medicina familiar. Lo mismo se aplica a cualquier otro tipo de es-



pecialista. Pueden darse penalizaciones económicas o restricciones para gozar de determinados privilegios, pero no impedir de manera abierta el ejercicio profesional, ni hay controles destinados a la evaluación de la competencia y la práctica.

Los procesos formativos y de evaluación que conducen a la obtención/otorgamiento de la licencia y la certificación han sido siempre sometidos a una estricta supervisión. Por tanto, cuando los médicos llevan a cabo una práctica no supervisada, se espera de ellos, como profesionales que son, que mantengan su nivel de conocimientos y competencia como una cuestión de conciencia, como una obligación inherente a su profesionalismo. El público ha tendido a creer que el sistema de regulación médica aseguraba que todos los médicos tomaban esa obligación en serio, de manera que los pacientes estarían debidamente protegidos.

Como hemos visto, mientras que la mayoría de los médicos está al día y cumple todos los requisitos para ejercer su profesión, algunos no se encuentran en la misma situación. Es inevitable que en los países en los que no se llevan a cabo controles adecuados haya un grupo no cuantificado que realiza una práctica inaceptable y por debajo de los estándares. Esto pudo no haber importado cuando la medicina era relativamente ineficaz y los médicos podían hacer poco daño. Pero la medicina moderna es cada vez más efectiva y potencialmente dañina, de ahí que se vaya extendiendo el movimiento en pro de establecer una garantía de calidad y el concepto de mejora continua de la calidad de

la asistencia médica y de la salud, y la conexión de éstos con un poderoso enfoque hacia la seguridad del paciente mediante la reducción de errores¹¹. A través del desarrollo de estas agencias de calidad, e incluso más recientemente de las autoridades licenciadoras, se ha ido reorientando el sistema para aportar más solidez al mantenimiento de la competencia de los médicos no supervisados. Ellos, y un creciente sector del público también, reconocen que ya no es aceptable confiar únicamente en la conciencia. Esto nos lleva directamente al asunto de la relicencia, la recertificación y la revalidación.

El movimiento se implanta en contraposición a los antecedentes de iniciativas desarrolladas por universidades, asociaciones de especialistas y otros cuerpos profesionales para regularizar la participación en la formación médica continuada (FMC) y, más recientemente, el desarrollo profesional continuado (DPC). La mayoría de éstos siguen siendo voluntarios. En Australia, por ejemplo, el Royal Australasian College of Physicians¹² introdujo la acreditación de las actividades formativas con objeto de mejorar el cuidado de los pacientes en 1994. Sin embargo, no hubo ningún intento de identificar a los médicos cuya práctica no cumplía los estándares establecidos. Únicamente el Royal Australasian College of Obstetricians and Gynaecologists introdujo una verdadera recertificación al imponer un límite de tres años para la obtención del diploma de miembro¹³. En Europa, el panorama parece ser muy variopinto. En Dinamarca, Finlandia y Portugal, por ejemplo, no existen por el mo-



mento procedimientos de recertificación. Holanda tiene un sistema de estándares controlado por los profesionales, basado en estudios realizados *in situ*, los llamados *visitatie*⁴. España podría considerar la recertificación en un futuro.

Pero, ¿qué es exactamente la recertificación? Es el proceso por el cual un cuerpo profesional reconoce periódicamente la competencia de cada uno de sus miembros, con o sin un periodo de reeducación formal»¹⁵. Empezó en 1969, cuando el American Board of Family Practice limitó la validez de sus certificados a siete años, y en años subsiguientes se amplió para abarcar todas las especialidades. La recertificación en los Estados Unidos estaba basada en la compleción de un quantum definido de formación médica continuada (FMC) y una evaluación periódica de la competencia. En el Reino Unido, en cambio, el primer paso lo dio el National Health Service (NHS) en los setenta, que, como empleador, estaba lo suficientemente preocupado por la práctica que se llevaba a cabo sin cumplir con los estándares como para asociar la participación en actividades de FMC a una parte de los ingresos de los médicos (este planteamiento no tuvo éxito a la hora de prevenir la mala práctica).

La relicencia, en la forma de evaluación de la capacitación de un médico para ejercer la profesión, no existe actualmente en ningún lugar. Sin embargo, en los EEUU, en los estados de Nevada y de Carolina del Sur están exigiendo documentación que acredite una competencia continua para poder ejercer, y otros están considerando la idea. El

Medical Council of New Zealand exige garantías de haber participado en actividades de FMC y el certificado de calidad para el ejercicio¹⁵. En el Reino Unido, el nuevo proceso de revalidación se ha asociado al mantenimiento del registro (licencia) por el organismo licenciador, el General Medical Council (GMC). Cuando sea operativa, la revalidación requerirá que todos los médicos que deseen continuar ejerciendo en el país demuestren regularmente que están preparados para hacerlo en su área de especialidad. Así que, en este modelo, la revalidación englobará la recertificación y la relicencia. Por lo que se refiere a Canadá, un comité designado por el College of Physicians and Surgeons of Ontario viene explorando la posibilidad de introducir la revalidación bajo la supervisión del Medical Council of Canada.

Desde el punto de vista del público, la principal diferencia entre la relicencia y la recertificación radica en el alcance de la jurisdicción. La relicencia, como la licencia inicial, es restrictiva. Se le exige a todas las personas. La recertificación, por otro lado, es indicativa. Es posible ejercer la profesión sin ella. Por ello, para los pacientes la relicencia es mucho más importante porque afecta a todos los médicos, sin excepción. Para éstos es más amenazante porque no hay manera de escapar de ella; no hay escapatoria posible para el médico que lleva a cabo una práctica que se sitúa por debajo de los estándares.

Es difícil conseguir un equilibrio con cualquier forma de reacreditación personal. Tiene que haber el suficiente rigor y grado de implicación pública en el proceso de ga-



narse la confianza de los usuarios. Al mismo tiempo, los médicos han de ser capaces de ver la reacreditación personal desde una vertiente positiva, asociarla a la mejora de la calidad de su práctica personal y al fortalecimiento de su profesionalismo. Y los estamentos reguladores han de ser tan simples y facilitadores como sea posible, de manera que no se conviertan en una desagradable molestia burocrática en las ocupadas vidas de los médicos.

Recertificación en los Estados Unidos

La experiencia estadounidense es importante. Quizás por el tamaño del país y por el gran número de médicos con que cuenta, el enfoque tradicional de la recertificación se ha basado en la comprobación de los conocimientos y competencias a través de una prueba. Los americanos han sido pioneros en el desarrollo del método de evaluación de la competencia. Pero ese enfoque más bien discreto ha ido evolucionando. Benson¹⁶ definió los objetivos de la recertificación como sigue: mejorar el cuidado de los pacientes, establecer estándares para la práctica de la medicina, promover el aprendizaje continuado, y asegurar al público y a los pacientes que los médicos siguen manteniendo su grado de competencia a lo largo de su carrera profesional. Durante los últimos cinco años, el American Board of Medical Specialties (ABMS), que es la organización que engloba a 24 comisiones de especialidades médicas reconocidas, ha decidido poner en práctica

esos planteamientos. El objetivo es el de poner a prueba y reducir la diferencia cualitativa en los cuidados médicos a través del nuevo proceso Maintenance of Certification (Mantenimiento de la Certificación) (MOC), que establece el estándar que exige a los médicos evaluar y mejorar la calidad de su práctica profesional¹⁷.

El MOC consta de cuatro componentes básicos¹⁸:

a) Prueba de ejercer la profesión, tal como una licencia en activo.

b) Prueba de compromiso de aprendizaje a lo largo de toda la vida y de implicación en un proceso de autoevaluación periódica.

c) Prueba de experiencia cognitiva evaluada a través de un examen que el médico debe superar. Este examen abarca los conocimientos fundamentales, el conocimiento puesto al día relacionado con la práctica, y aspectos como la ética y el profesionalismo.

d) Prueba de evaluación en el manejo de los problemas de salud comunes y del comportamiento del médico en lo relativo a sus habilidades de comunicación y a su profesionalismo, en tanto que afectan al cuidado del paciente.

La evaluación del ejercicio de los médicos incluye una valoración de las seis competencias (cuidado del paciente, habilidades interpersonales y comunicativas, profesionalismo, conocimientos, aprendizaje basado en la práctica y su mejora, y práctica basada en sistemas) que se consideran necesarias para un médico.



De esta manera, el ABMS y las comisiones que lo integran han establecido de mutuo acuerdo una macroestructura para la recertificación a nivel nacional, dentro de la cual hay margen más que suficiente para la adaptación de los diferentes sistemas de las comisiones, las modificaciones e innovaciones relacionadas con las necesidades particulares de cada especialidad, así como de sus preferencias. Esto ya viene ocurriendo así, como han demostrado, por ejemplo, las especialidades de Medicina Interna y de Medicina de Familia.

A medida que los comités licenciadores estatales empiecen a explorar la relicencia /revalidación, una opción más ambiciosa será la de considerar la recertificación a través de comisiones como el fundamento de la relicencia de los médicos -la mayoría de los Estados Unidos- a los cuales afecta. Como expondré más adelante, están empezando a darse relaciones comparables entre las jurisdicciones licenciadoras y certificadoras en Canadá y el Reino Unido.

La revalidación de los médicos en Canadá

Canadá es una federación de diez provincias y tres territorios. La licencia, lo mismo que el sistema de salud, es de base provincial. De todas maneras, hay estándares nacionales. El Medical Council of Canada fija los estándares de las cualificaciones médicas básicas. El Royal College of Physicians and Surgeons otorga una certificación nacional

para los especialistas y, desde 1972, viene exigiendo que todos ellos estén certificados para participar en su programa de mantenimiento de la competencia (MOCOMP), y cumplan unos requisitos específicos para realizar unos cursos seleccionados a partir de seis opciones de áreas de aprendizaje cada cinco años. El College of Family Physicians of Canada impone unos requisitos similares a los médicos de familia: MAINPRO- Maintenance of Proficiency Programme¹⁹.

Las autoridades médicas licenciadoras han estado monitorizando las prácticas de los médicos desde 1980 a través de lo que fue, en su tiempo, un innovador y anticipador sistema. Estaba basado en una evaluación llevada a cabo en la consulta de unas 20-30 historias clínicas aleatorias contrastadas con unos criterios explícitos. Los médicos se seleccionaban de forma aleatoria, pero todos los que superaban la edad de 70 años eran incluidos. Estas evaluaciones aleatorias han sido complementadas por la supervisión de los médicos y el refuerzo de los programas de práctica (PREP), que se han centrado en los médicos sobre los que se cernía alguna sombra de duda.

Más recientemente, la Federation of Medical Licensing Authorities of Canada²⁰ ha estado desarrollando un nuevo modelo para el mantenimiento y el fortalecimiento de la práctica profesional (MEPP). Éste se basa en un proceso con tres etapas. En la primera etapa, todos los médicos deberían ser monitorizados regularmente utilizando datos de un perfil de práctica descriptivos del ejercicio de la misma. Las etapas 2 y 3 se centran en



los médicos a los que se considera en riesgo. En cada etapa se pone el énfasis en el *feedback* y en una efectiva corrección cuando convenga. Desde su puesta en marcha, el modelo canadiense ha evitado las pruebas de evaluación de la competencia y, en su lugar, ha puesto el énfasis en la importancia de la práctica.

Revalidación: la experiencia del Reino Unido

La revalidación define el proceso a través del cual los médicos británicos habrán de demostrar que mantienen su competencia para ejercer la práctica de la medicina en el futuro²¹. El mantenimiento de la competencia clínica es sólo un aspecto. La revalidación exigirá que los médicos demuestren que están llevando a cabo su práctica, en todos los aspectos, de acuerdo a los principios del profesionalismo moderno establecidos en el código profesional del GMC «*Good Medical Practice*»²². Éste se convertirá en el principal instrumento para asegurar su cumplimiento, más aun teniendo en cuenta que tendrá validez para toda la profesión.

La revalidación ha de ser contemplada en el contexto de una orientación completamente nueva de la profesión médica en el Reino Unido, puesto que comporta la difícil transición desde la visión de los deberes y responsabilidades profesionales centrada en el médico hacia la cultura del profesionalismo centrado en el paciente, fundamentada en el principio de autonomía de éste²³. Esto

es lo que los pacientes y el público quieren que ocurra, y es una aspiración compartida por muchos médicos, pero no por todos. Esta cultura supone un nuevo enfoque del control profesional, de la mejora de la calidad y de la seguridad del paciente, y anticipa una postura fuertemente proactiva en relación con la regulación médica. En esta evolución, el papel del GMC es crucial, porque se asienta en el corazón del sistema regulador profesional.

Los cambios se iniciaron a comienzos de los años noventa de una forma más bien fragmentada. En 1992, el Comité sobre Educación del GMC, en el documento *Tomorrow's Doctors*²⁴, dio nueva forma y orientación a la educación médica de pregrado. Las nuevas recomendaciones profesionales para los médicos contempladas en *Good Medical Practice* llegaron en 1995, y ese mismo año el GMC reforzó sus planteamientos disciplinares con la introducción de sus Performance Procedures (Procedimientos de Práctica)²⁵. Estos instrumentos y procedimientos, basados en la evaluación de la práctica del médico en su lugar de trabajo y en la evaluación formal de la competencia, fueron específicamente diseñados para contribuir a proteger al público de los médicos cuya práctica era deficiente. Fue también en ese momento cuando se cayó en la cuenta de que los empleadores necesitaban tener en su mano mecanismos más poderosos para apoyar la buena práctica, detectar a tiempo la práctica disfuncional y actuar sobre el problema, y promover la formación continuada de los médicos que lo necesitaban. Las



actuaciones en este sentido vendrían más tarde.

La decisión de introducir la revalidación fue tomada por el GMC en 1998, tras el caso de la cirugía pediátrica en el Bristol Royal Infirmary. Al mismo tiempo, el documento *Good Medical Practice* dejó de ser un compendio de «consejos» para convertirse en un código. Evidentemente, los códigos que no pueden ser implementados tienen, desde el punto de vista del público, un valor muy limitado. Así que el código debía tener algún componente de obligatoriedad explícito. Esto explica la decisión de asociarlo a la revalidación y a la relicencia. Era un paso enorme y, sin lugar a dudas, uno de los más controvertidos de la historia de la medicina británica. Por un momento salpicó a la profesión, aun cuando el público pensó que establecer esa vinculación era lo más obvio²⁶.

Por aquel momento, el otro avance importante dado tras el caso Bristol fue la decisión tomada por el gobierno de invertir seriamente en asegurar la calidad y su mejora permanente en el NHS. Esta ambiciosa iniciativa²⁷ presentaba cuatro rasgos relevantes para la cuestión que nos ocupa. Los gestores pasaron a ser sujetos de control en lo referente a la cuestión de la calidad a todos los niveles del NHS -los NHS Trusts. El concepto de «gestión clínica» se introdujo en cada Trust, esencialmente con el objetivo de aplicar los principios de la buena práctica de gestión y de la mejora de la calidad al proceso clínico, tanto a nivel de institución como del equipo clínico. También se introdujo una evaluación anual de cada médico del NHS. Además, en

Inglaterra se estableció la National Clinical Assessment Authority (NCAA) (Autoridad Nacional para la Evaluación Clínica) con el fin de ayudar a los Trusts a gestionar las prácticas insatisfactorias de los médicos de la manera más rápida, efectiva y humana posible. El NCAA es un paso intermedio entre los Trusts y el GMC, que es responsable de tratar casos graves cuando el registro (licencia) de un médico se pone en cuestión.

Otro importante desarrollo radicó en la decisión tomada conjuntamente por la profesión y el gobierno de poner en sintonía las previsiones del GMC en cuanto a la revalidación y las de los empleadores en cuanto al sistema de gestión clínica. Pronto se hizo evidente que uno no podría funcionar correctamente sin el otro. El GMC quería una evaluación de la práctica realizada en el propio lugar de trabajo que no podría nunca autoorganizarse. El gobierno sabía que, con varios cientos de Trusts por todo el país, sería virtualmente imposible alcanzar un grado satisfactorio de solidez en la evaluación de todas las prácticas llevadas a cabo por los médicos y tomar cualquier tipo de acción en contra de una práctica disfuncional, al margen de la macroestructura de los estándares profesionales nacionales y de las sanciones reforzadas por la licencia. Ambos, cada uno con sus objetivos, compartían el interés por generar buenos datos comparativos sobre la práctica de los médicos, así como de los equipos clínicos. Ambos querían recopilar cuantos datos fuera posible de los ya recogidos anteriormente con otros propósitos, a fin de reducir al máximo los costes y la labor de re-



cogida de información. Ambos querían también un fuerte sistema de gestión clínica que reforzara el sentido de responsabilidad colectiva a nivel de los equipos clínicos. Se pensó que la gestión clínica reforzaría con el tiempo la revalidación, y que ésta, gracias a los estándares que establecería para los médicos a nivel individual y a los datos específicos sobre la competencia y práctica individuales de un médico en particular, mejoraría la efectividad del sistema de gestión clínica. Así, este enfoque convergente ofrecía la posibilidad de obtener ventajas mutuas y beneficio para todos. Las organizaciones de pacientes pensaron que todo aquello tenía sentido.

La revalidación se programó para abril de 2005. Sin embargo, esta fecha se ha pospuesto hasta contar con el resultado de un estudio supervisado por el Chief Medical Officer for England. El estudio está basado en el informe derivado de la consulta popular llevada a cabo por la magistrada Janet Smith, una juez del Alto Tribunal, sobre los crímenes cometidos por el Dr. Harold Shipman²⁸. Ella consideró que, a pesar de que la propuesta inicial era buena, los recientes y significativos cambios del método habían debilitado la revalidación hasta un punto en que ya no constituía una evaluación correcta de la práctica de los médicos. En consecuencia, este aplazamiento tiene por objeto acumular datos, asegurarse de que la revalidación de verdad puede ser útil. El informe, sin embargo, de momento sigue dando por buena la propuesta inicial que es poco probable que cambie.

La importancia capital de la *Good Medical Practice* (Buena Práctica Médica)

La licencia británica en el Reino Unido se fundamenta en un modelo basado en estándares. En ese sentido, se equipara al enfoque de la medicina basada en la evidencia y de la excelencia clínica en el NHS.

Al desarrollar la *Good Medical Practice* el GMC quería que el público y la profesión acordaran los principios de buena práctica médica que deberían orientar a los médicos en su práctica diaria y a lo largo de su formación. Ello resultó en un consenso entre el público y la profesión que produjo reacciones muy positivas por ambas partes. Ahora, a los 10 años de su introducción, una consulta reciente realizada por el GMC ha revelado que el consenso es más fuerte que nunca.

La *Good Medical Practice* unifica la profesión alrededor de un conjunto de principios generales. Sobre algunas cuestiones particulares, como la relación de confidencialidad médico-paciente y el consentimiento de éste último, se ha provisto una mayor cantidad de información en folletos separados. La *Good Medical Practice* ha demostrado tener una gran repercusión internacional y de hecho se ha implantado en diferentes países.

La *Good Medical Practice* es, realmente, un código operativo. Actualmente está siendo introducido en el currículo de todas nuestras facultades de medicina a través del *Tomorrow's Doctors* del GMC. Todos los Royal Colleges han publicado versiones adaptadas para sus propias especialidades a efectos de



la formación de posgrado y el DPC. Es el estándar utilizado por el GMC para juzgar a los médicos cuya idoneidad para la práctica está puesta en tela de juicio. Se ha incorporado a los contratos de empleo de los médicos a través de su evaluación anual. Y la *Good Medical Practice* conforma el patrón operacional con el que se contrasta la práctica en la revalidación. Todos los postulados explicativos, y los criterios y pruebas detalladas que se exigen para evaluar y demostrar un correcto cumplimiento, tienen que ver con los siguientes aspectos:

- Buena práctica clínica.
- Mantenimiento de una buena actuación profesional.
- Relaciones con los pacientes.
- Trabajo con los colegas.
- Docencia, formación, autoevaluación, evaluación.
- Integridad.
- Estado de salud.

El proceso de revalidación

Consta de cuatro elementos principales.

La evidencia

La evidencia sobre el cumplimiento del código, y la evaluación de dicha evidencia, conforman el núcleo de la revalidación. En el Reino Unido hemos decidido que la evaluación ha de referirse a la práctica profesional

del médico -lo que el médico hace-, la cual incluye la competencia -lo que el médico es capaz de hacer a partir de sus conocimientos y competencia clínicos. La evidencia de la práctica resulta mucho más atractiva para el médico porque refleja de una manera más exacta su trabajo diario con los pacientes.

Ha habido mucha controversia en torno a la naturaleza de la evidencia; hasta qué punto debería ser ilustrativa, representativa de la práctica de un médico, cuán objetiva y sólida, etc. Todavía queda mucho por hacer, especialmente por el GMC y los Royal Colleges, que comparten la responsabilidad de establecer con detalle lo que cabría esperar de un médico en términos de estándares específicos y los criterios y pruebas que describan la competencia y la práctica clínica desde el punto de vista técnico.

Los médicos deberán guardar las evidencias en una cartera de revalidación, la cual conformará la base de su evaluación periódica, que deberá incluir la valoración de la práctica.

Para el caso de los médicos del Reino Unido, se espera que las principales fuentes de evidencia deriven de la gestión clínica institucional²⁹. El quid de la cuestión es que las evidencias deberían ser específicas para cada médico individual. Por tanto, el sistema de gestión clínica debería proporcionar pruebas sobre, por ejemplo, los resultados de la auditoría clínica de cada médico, la tasa de mortalidad de sus pacientes, las tasas de complicaciones cuando sean relevantes, los datos de prescripción, el registro de acontecimientos significativos y de quejas derivados



de cualquier actuación del profesional. Otro elemento importante será el registro del compromiso del médico con su desarrollo profesional continuado. Habrá evidencias directas de una muestra representativa de pacientes y de su grado de satisfacción respecto a los cuidados del médico, y pruebas aportadas por colegas tanto médicos como no médicos. Debe haber también evidencias directas del estado de salud del médico y de su ejecutoria como docente clínico cuando sea pertinente.

Evaluación de la evidencia

Se ha comenzado a someter a todos los médicos del NHS a una evaluación anual por parte de un colega. Esta evaluación debe dar cuenta de la práctica registrada en la cartera de revalidación del médico. Continúa esgrimiéndose la cuestión de si, a esas alturas, las evidencias deberían ser también analizadas por un lego. La evaluación anual brindará la oportunidad de contar con un estudio detallado y sistemático sobre la práctica de los médicos en el mismo lugar de trabajo. Transcurridos cinco años, tras cinco evaluaciones, el médico entregará la totalidad de las evidencias al GMC para un pormenorizado análisis posterior.

Dado que el proceso de revalidación será relativamente continuo, debería ser posible identificar cualquier tipo de problema que pudiera surgir y tomar las medidas adecuadas para solucionarlo. La intención es reducir al mínimo el riesgo de que los pacientes puedan encontrarse en una situación de peligro y

prestar a los médicos la ayuda que necesiten para corregir cualquier tipo de dificultad que puedan tener mediante una formación ajustada a sus necesidades particulares.

Ya se ha previsto que la mayoría de los médicos superarán la revalidación. Algunos, en este momento, contemplan la recogida de evidencias y los procesos de evaluación como un asunto amenazador, pero otros, particularmente entre los jóvenes, lo contemplan como una forma correcta de rendir cuentas de manera transparente ante sus pacientes como parte de un ejercicio responsable de la profesión.

Actuación sobre la práctica disfuncional

El proceso de revalidación se sostiene sobre los Performance Procedures (Procedimientos de Práctica) del GMC. Éstos entrarán en juego cuando, en el primer estadio de monitorización de la revalidación, surjan preguntas sobre la idoneidad de un médico para ejercer la profesión. Como se ha descrito anteriormente, estos procedimientos implican una evaluación en profundidad. A través de ellos se tomarán las decisiones sobre si un médico puede continuar ejerciendo y, en caso afirmativo, si la licencia otorgada debería incluir algunos condicionantes o no.

Garantizar la calidad

El GMC, como autoridad licenciadora, tiene la responsabilidad última sobre la integri-



dad del proceso de revalidación y sobre los resultados en cada caso. Sigue realizándose un minucioso trabajo para determinar la manera de garantizar la calidad en cada estadio.

Consideraciones finales

La revalidación vinculada a la licencia es un proceso en marcha en diferentes países del mundo desarrollado. La cuestión no es si este sistema se establecerá, sino cuándo y cómo. Lo que principalmente guiará el proceso será la presión que ejercerá el público sobre los gobiernos y las autoridades licenciadoras médicas para insistir en que, en cuestión de acreditación, cualquier paciente futuro esté tratado por un médico que cumpla, a todos los efectos, los estándares profesionales del momento. La opinión pública, articulada a través de los medios de comunicación, se verá reforzada, y a veces liderada, por médicos socialmente comprometidos, que ven la revalidación como una expresión necesaria de la responsabilidad profesional colectiva para la seguridad y el bienestar de los pacientes.

En los tres modelos que hemos analizado, cada uno con puntos de partida bastante diferenciados, se da una considerable convergencia de ideas. En particular, se pone de relieve la protección del público como el objetivo básico tanto de la recertificación como de la revalidación, a la vez que no se olvida la importancia de mantener la motivación de los médicos. Por ello es importante la integración con las medidas adoptadas por otras

instancias con objeto de asegurar la calidad y reducir los errores clínicos. Cada vez resulta más obvio que las evaluaciones que abarcan tanto la competencia como la práctica dan un resultado óptimo. Además, es manifiestamente útil hacer uso de datos con los que ya se cuenta siempre que sea posible.

Por último, dado este inevitable grado de convergencia, existe un gran potencial para la colaboración internacional por lo que respecta al desarrollo de estándares, sistemas y métodos de evaluación. Quizás todo ello ofrezca la mejor oportunidad para una máxima innovación y su rápida implementación.

Referencias bibliográficas

1. Calnan MW, Sanford E. Public trust in healthcare: the system or the doctor. *Quality in Healthcare* 2004;13:92-97.
2. Healthcare Commission. *Patient survey report 2004 - overview*. London: Healthcare Commission, 2004.
3. Coulter A, Magee H (eds). *The European patient of the future*. Maidenhead: Open University Press, 2003.
4. Shattner A, Rudin D, Jellin N. Physicians from the perspective of their patients. En: *BMC Health Services Research* 2004;4:26.
5. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy DF et al. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA* 2004; 292:1038-43.
6. Calnan M, Rowe R. *Trust in healthcare: an agenda for research*. London: The Nuffield Trust, 2004.



7. Bristol Royal Infirmary Inquiry. *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary, 1984-1995*. London: Stationery Office, 2001.
8. Davis K, Schoen C, Schoenbaum SC, et al. Mirror, mirror on the wall: looking at the quality of American healthcare through the patient's lens. The Commonwealth Fund www.cmnw.org, 2004.
9. UK Department of Health. *Supporting doctors: protecting patients*. London: D o H, 1999.
10. Report commissioned by the General Medical Council. *Analysis of international medical recertification models*. Available from the GMC, 2003.
11. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm*. Washington: National Academy Press, 2001.
12. Newble D, Paget NS. The maintenance of professional standards programme of the Royal Australasian College of Physicians. *R Coll Phys Lond* 1996; 30:252-256[Medline].
13. Newble D, Paget NS, McLaren B. Revalidation in Australia and New Zealand. *BMJ* 1999; 319: 1185-87.
14. Swinkels JA. Reregistration of medical specialists in the Netherlands. *BMJ* 1999; 319:1191-92.
15. Bandaranayake R, Cameron D, Groseilliers JP, et al. Maintenance of competence and/or recertification: policy considerations. En: Newble D, Jolly B, Wakeford R (eds). *The Certification and Recertification of Doctors*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
16. Benson JA. Certification and recertification: one approach to professional accountability. *Ann Intern Med* 1991; 114:238-242[Medline].
17. Sheldon D, Horowitz SH, et al. Board certification and physician quality. *Medical Education* 2004; 38:10-11.
18. American Board of Medical Specialties. [http://www.abms.org/Downloads/Publications/1-What is MOC.pdf](http://www.abms.org/Downloads/Publications/1-What%20is%20MOC.pdf)
19. Dauphinee WD. Revalidation of doctors in Canada. *BMJ* 1999; 319:1188-90.
20. Federation of Medical Licensing Authorities of Canada. *Position paper on the Canadian model for the monitoring and enhancement of physician performance*. Ottawa: FMLAC, 1996.
21. General Medical Council. *Revalidating doctors: ensuring standards, securing the future*. London: GMC, 2000.
22. General Medical Council. *Good medical practice: duties of a doctor*. London: GMC, 2001.
23. Irvine DH. Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework. *Lancet* 2001; 358:1807-10.
24. General Medical Council. *Tomorrow's doctors*. London: GMC, 2004.
25. General Medical Council. The General Medical Council's performance procedures: a study of their implementation and impact. Ed. Southgate I. *Medical Education* 2001;35 (Supp 1).
26. Irvine DH. *The doctors' tale: professionalism and public trust*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003.
27. Department of Health. *A first class service: quality in the NHS*. London: D o H, 1998.
28. The Shipman Inquiry. *Dame Janet Smith's 5th report. Safeguarding patients: lessons from the past - proposals for the future*. London: Stationery Office, 2004.
29. General Medical Council. *A license to practice and revalidation*. London: GMC, 2004.



LA DIALÉCTICA ENTRE LA MEDICINA INTERNA Y LAS OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS DESDE LA PERSPECTIVA PROFESIONAL

MARIO FOZ

Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona (España)

Introducción

En el interesante tema de esta monografía se analiza, desde distintos ángulos, la Medicina como profesión y también los avatares que sufre o puede sufrir en un futuro próximo el profesionalismo médico como consecuencia de los profundos cambios científicos, tecnológicos, sociales y sanitarios de la Medicina en las sociedades desarrolladas.

En el complejo y cambiante mundo del profesionalismo médico, tiene un papel relevante el tema de las especialidades médicas y el de su marco competencial. En este ámbito, la Medicina Interna ha tenido y sigue te-

niendo un papel central, pero muy a menudo polémico y controvertido. En este artículo, y como ejemplo paradigmático de la cuestión de las especialidades médicas y de la dialéctica especialistas-generalistas en el marco del profesionalismo, se intentará analizar el marco competencial de la Medicina Interna en la actualidad y en el futuro, y su relación con el marco de competencias de otras especialidades generalistas y el de las distintas subespecialidades médicas.

Concepto y definición de la Medicina Interna. Apunte histórico

La Medicina Interna como especialidad ha vivido siempre en una permanente dificultad para definir cuál es en realidad su concepto y sus límites, y esta dificultad se ha incrementado notablemente desde que las diversas subespecialidades médicas alcanzaron su plena autonomía y madurez, y también desde que la actividad profesional de la Medicina General está cubierta por una especialidad generalista, en nuestro país es la Medicina Familiar y Comunitaria.

Ha desarrollado una intensa actividad docente e investigadora. Sus áreas de investigación preferente en los últimos años han sido la etiopatogenia de las endocrinopatías autoinmunitarias, la patología tiroidea y la obesidad. Ha publicado más de 300 artículos en revistas nacionales e internacionales, y es editor, autor o coautor de diversos libros, especialmente de Endocrinología.

Fue Cofundador y primer Presidente (1991-2001) de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y es miembro de honor de diversas sociedades científicas. Preside la Sección de Ciencias Biológicas del Institut d'Estudis Catalans y es miembro numerario de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.



¿Cómo puede definirse la Medicina Interna? Utilizando parcialmente la definición elegida por la Comisión Nacional de Especialidades, podría definirse como la especialidad que permite proporcionar una atención clínica integrada y completa, basada en un profundo conocimiento científico, a los pacientes adolescentes y adultos afectados de procesos no quirúrgicos. El internista, por tanto, ha de tener una amplia experiencia clínica, profundos conocimientos científicos y demostrada capacidad de perfeccionamiento profesional y de responsabilidad en el cuidado personal y continuo de sus pacientes. El internista tendría que actuar como consultor de otros especialistas y al mismo tiempo ser capaz de integrar y de coordinar la opinión de éstos en beneficio de la atención integral del paciente. Al contrario que el subespecialista médico, cuando éste no ejerce como internista, el especialista en Medicina Interna no puede ni ha de responder nunca a un paciente que consulta por un problema médico que «éste no es de su competencia». En cambio, sí que puede y debe decir que un determinado aspecto de sus problemas tendrá que ser examinado con más profundidad por un subespecialista. Aceptada esta definición de la especialidad, resulta evidente que el internista es el especialista más competente para ocuparse de la atención integral e integradora del adolescente y adulto enfermos, especialmente cuando estén afectados de diversas enfermedades o bien sufran procesos de expresión multisistémica.

William Osler, el gran maestro de la medicina norteamericana, predijo en el año

1897 que la Medicina Interna sería la especialidad médica más completa, más solicitada y más gratificante en el siglo XX, y una elección vocacional excelente para los estudiantes de Medicina¹. Esta predicción resultó válida, pero sólo hasta unos años después de mediados de siglo, cuando se inició la gran crisis de la Medicina Interna que más adelante será comentada brevemente. El prestigio de la Medicina Interna en los dos primeros tercios del siglo XX fue muy grande, y el ejercicio de la especialidad a un excelente nivel podía ir unido al máximo reconocimiento hospitalario y universitario, y era acompañado con frecuencia del papel de «consultor» con el máximo prestigio social, y la consiguiente repercusión económica. Esto ocurría en los grandes países europeos (Alemania, Francia, Gran Bretaña), y también en Estados Unidos. En este último país, el desarrollo de las especialidades médicas y quirúrgicas produjo la creación de diversos American Board de diferentes especialidades. La Medicina Interna se incorporó como 12º Board de especialidad en el año 1936, y no sin ciertas reticencias, porque muchos internistas creían que la Medicina Interna no era una verdadera especialidad o era algo más que una especialidad. La disgregación en subespecialidades de la Medicina Interna resultó del todo evidente a mediados de los años 60, y la sensación todavía se agravó más cuando también el médico general se convirtió en especialista, y en Estados Unidos, en el año 1969, se creó el American Board of Family Practice². Mientras tanto en España, con un cierto retraso, ocurrían cosas parecidas. En



cierto aspecto, podría afirmarse que el prestigio mítico de la Medicina Interna y de los internistas finaliza con la muerte de dos figuras de la máxima relevancia en la Medicina Interna española: Carlos Jiménez Díaz (Madrid, 1967) y Agustí Pedro-Pons (Barcelona, 1971).

La crisis de la Medicina Interna

Como muy bien ya destacó C. Rozman en una lúcida contribución al tema en 1981³, la Medicina Interna sufría en esta época una auténtica crisis que ha sido muy grave por su intensidad y su duración. Como yo mismo ya señalaba en 1995 en unas reflexiones propias sobre el tema⁴, la crisis de la Medicina Interna duraba ya tres décadas, y sólo entonces empezaba a vislumbrarse alguna expectativa de solución. No hay duda que diez años después de estas reflexiones la crisis todavía no se ha superado en su totalidad, entre otras razones porque la especialidad está buscando, más que ninguna otra, su propio marco competencial y referencial en este complejo y cambiante mundo del profesionalismo médico en estos inicios del siglo XXI.

En los momentos más duros de la crisis de la Medicina Interna, se planteó incluso la validez de su propia existencia, y la cuestión de la crisis y el futuro de la especialidad fue motivo de repetidos debates en congresos nacionales e internacionales y de muy diversas publicaciones. En EEUU el tema ha tenido un gran protagonismo en *Annals of Internal Medicine*, órgano del American College of Physicians.

Con el pleno desarrollo de las subespecialidades médicas, el internista general perdió de modo muy rápido su papel de «consultor» y en cierto sentido su prestigio profesional. La autoridad y la gran categoría social de los internistas destacados quedaron rápidamente asumidas por los «especialistas», mientras que los internistas generales no habían tenido tiempo ni oportunidad de asumir un nuevo papel y unas nuevas funciones, también como «especialistas», en este caso ejerciendo una especialidad generalista.

El desarrollo de las especialidades se incrementó junto con el de las exploraciones complementarias, y el crecimiento aumentó con la puesta en marcha y afianzamiento de tecnologías diagnósticas y terapéuticas cada vez más complejas. La independencia y aparente autosuficiencia de las especialidades médicas llegó a producir el fenómeno de que centros u hospitales fuesen especialmente conocidos por la excelencia de algunas subespecialidades que en su momento gozaron de un extraordinario prestigio, como el Hospital monográfico del Instituto Nacional de Cardiología de Méjico o el Servicio de Nefrología del Hospital Necker, en París.

Mientras la situación de los internistas en los hospitales grandes quedaba gravemente comprometida, el nacimiento, desarrollo y reconocimiento final de la Medicina de Familia como especialidad con una formación específica regulada vino a disminuir gravemente el papel que podían desarrollar los internistas en la asistencia clínica general extrahospitalaria. Tanto ha sido así, que hasta se ha llegado a poner en duda, y con



razones «legales», que el internista posea la competencia adecuada para ejercer esta función asistencial.

La importante merma del prestigio y de las expectativas profesionales de la Medicina Interna produjo una clara disminución del interés hacia esta especialidad por parte de los médicos en período de formación posgraduada. Así, en Estados Unidos, ya en la primera mitad de los años 70, el 80% de los residentes que escogían el programa de Medicina Interna seleccionaban posteriormente una formación adicional en una subespecialidad. La situación se agravó con posterioridad, ya que como señalaba Robert Petersdorf⁵, uno de los prestigiosos internistas norteamericanos que más se ha ocupado de este tema, mientras que en el año 1982 todavía un 14,4% de los graduados en las facultades de Medicina escogían como especialidad la Medicina Interna General, este tanto por ciento había disminuido al 3,2% en el año 1992. En España se produjo un fenómeno semejante, de manera que pese a una cierta recuperación de la Medicina Interna en los últimos años, que a continuación será comentada, todavía puede accederse a una plaza de residente de la especialidad en un buen hospital con un número no especialmente destacado en el examen MIR.

Los signos de recuperación para la Medicina Interna

La progresiva y excesiva dedicación de los médicos posgraduados a las subespeciali-

dades médicas en detrimento de las especialidades generalistas, y en particular de la Medicina Interna, produjo un movimiento en Estados Unidos ya en 1975, en el período inicial de la crisis. Se creó el Federated Council for Internal Medicine formado por cinco organismos médicos⁶. Este Consejo, tras estudiar detenidamente el problema, publicó en 1993 un importante documento⁷ en el que se defendía el papel del internista como un especialista de la asistencia médica en pacientes adultos en el área extrahospitalaria. En este documento se señalaba que para llevar a cabo esta misión, en cualquier caso complementaria a la de los médicos de familia, los internistas tenían que mejorar sus competencias para actuar con autoridad como consultores, como expertos de la prevención de enfermedades, en la promoción de la salud, en la atención continua al paciente y en el tratamiento de enfermedades crónicas e incurables.

Uno de los argumentos utilizados para reclamar un mayor protagonismo de los internistas en la asistencia sanitaria en los Estados Unidos venía vinculado a la visión de que la mayor participación de los subespecialistas médicos había representado una disminución en la atención integral al paciente y un innecesario encarecimiento y complejidad de la atención sanitaria. En un artículo publicado por Welch et al. en 1993⁸, se aportaban datos muy importantes referidos a los gastos sanitarios en las diversas áreas metropolitanas de los Estados Unidos. El estudio demostraba que los gastos de la asistencia sanitaria hospitalaria y extrahos-



pitalaria disminuían significativamente cuando era más elevada la proporción de médicos generalistas (médicos de familia e internistas) del área metropolitana. Bien es cierto que estos datos pueden no ser extrapolables a otras estructuras sanitarias y que no tienen en cuenta el factor calidad, por otra parte tan difícil de cuantificar. Pero, a pesar de estas reservas, es lógico que las autoridades sanitarias, tan preocupadas por el incremento del gasto, hayan tenido en cuenta estos datos para reordenar la planificación sanitaria. En Estados Unidos, el movimiento para mejorar la formación del internista en el área de la atención primaria y estimular su dedicación a este ámbito profesional fue muy intenso y duradero⁹⁻¹⁶ y, por otra parte, se intentó promover que hasta un 50% de los médicos se dedicaran a una especialidad generalista. No obstante, en un documentado estudio publicado por Richard Cooper en 1994¹⁷, se señalaba que quizás esta cifra sería excesiva y que probablemente con un tercio de los médicos dedicados a una especialidad generalista sería suficiente para dar adecuada respuesta a las necesidades futuras del sistema sanitario. La proporción de médicos generalistas en España se mantiene dentro de los citados porcentajes y es muy parecida a la que existe en otros países de nuestro entorno (Francia, Alemania).

No hay duda de que en la actualidad existen notables indicios de que la planificación sanitaria futura va a tener en cuenta, por razones económicas y por los aspectos cualitativos en relación con la atención integral, la necesidad de incrementar la partici-

pación de los generalistas, y por tanto de los internistas, en la asistencia sanitaria global. Además de esta perspectiva, que será tratada más adelante con mayor detalle, existen también otros indicios de que los peores años de la crisis de la Medicina Interna ya se han superado. Estos indicios positivos están relacionados con la vitalidad actual de las sociedades científicas y de los congresos de la especialidad. En los peores años de la crisis, los congresos de Medicina Interna ante la sensación, hasta entonces desconocida, de encontrarse casi sin temas propios, dedicaban con frecuencia ponencias o temas de estudio a la crisis y al futuro de la especialidad. Esta pesimista visión de la Medicina Interna llegó incluso a provocar la insólita suspensión de un congreso internacional de la especialidad. Afortunadamente esta situación tan negativa está totalmente superada desde hace varios años. En la actualidad, los congresos nacionales e internacionales gozan de una gran asistencia y aceptación, y los programas tratan con gran profundidad científica los temas más relevantes de la especialidad.

La renovación de la Medicina Interna: nuevas actividades, nuevas competencias

En el camino actual de superación de la crisis, que ha de conducir a la Medicina Interna a recuperar una buena parte de su protagonismo e importancia en la asistencia sanitaria, la especialidad ha de hacer un



esfuerzo de renovación y adecuación de sus competencias a las responsabilidades que tendría que asumir en la actualidad y en el próximo futuro, y tendría que estar preparada para dar una adecuada respuesta a los cambios que se producen en las demandas asistenciales.

La tarea de los internistas en los hospitales, sea cual sea su tamaño, en modo alguno puede quedar limitada a la asistencia de los pacientes que requieren hospitalización, sino que deben tener un gran protagonismo en los Servicios de Urgencias y en las áreas de policlínica que deberían experimentar un gran crecimiento y ampliación de funciones en el hospital del futuro.

Uno de los problemas que gravitan negativamente sobre la eficacia y el rendimiento del sistema sanitario en nuestro país ha sido el déficit de coordinación y colaboración entre los diversos niveles asistenciales de la red sanitaria. Existe, todavía, una importante solución de continuidad entre el nivel asistencial hospitalario y el de la atención primaria, con problemas de falta de comunicación y colaboración que influyen negativamente sobre la eficacia global del sistema y la atención integral, coordinada y continuada del paciente. El internista puede tener un gran protagonismo en la misión de ayudar a mejorar estas disfunciones, siempre que modifique su actitud actual excesivamente centrada en el enfermo hospitalizado. El incremento experimentado en el coste diario de la hospitalización obliga a una política de gestión sanitaria cada día más rigurosa para intentar disminuir los días de estancia media

de los enfermos hospitalizados. Un paso importante en la buena dirección ha sido la reciente creación en nuestro país de unidades de hospitalización domiciliaria, asumidas fundamentalmente por internistas. Bien es cierto que esta iniciativa, que se ha mostrado muy eficiente para el sistema, ha producido alguna reticencia por parte de algunos colectivos de médicos de familia, pero no hay duda de que estas unidades forman parte del camino a seguir, en el que internistas y médicos de familia deberán interaccionar con más eficiencia que hasta la actualidad.

El aumento de las expectativas de vida ha producido un incremento de las afecciones específicamente geriátricas, con disminución o pérdida de la autonomía y aumento de las agudizaciones de enfermedades crónicas que obligan a frecuentes hospitalizaciones y saturación de los Servicios de Urgencias. Resulta evidente que el internista tiene que asumir un importante protagonismo, en estrecha colaboración con otros especialistas generalistas, en el intento de solución de estas acuciantes necesidades asistenciales.

Es necesario, pues, que el internista en ejercicio y en formación adquiera o mejore diversas áreas de competencia para dar adecuada respuesta a estas demandas asistenciales. Entre las actitudes a mejorar cabe citar la de recuperar el interés en la medicina extrahospitalaria, para tratar de asumir de nuevo el papel de consultor de la atención primaria, y entre las competencias a mejorar cabe citar las siguientes: especial preparación en el seguimiento y tratamiento de las enfermedades crónicas y en la atención ge-



riátrica, y experiencia y preparación en la valoración económica de la práctica clínica y en el conocimiento de la relación coste/beneficio en la utilización de la alta tecnología.

Medicina Interna y las demás especialidades generalistas: confluencias y disparidades

En nuestro país las especialidades generalistas reconocidas son la Medicina de Familia y Comunitaria, la Medicina Interna, la Pediatría y la Geriátrica. Es interesante intentar precisar cuáles son los límites, las confluencias y las disparidades entre estas especialidades.

En primer lugar, se va a analizar las relaciones de las especialidades generalistas del adulto (internistas y médicos de familia) con las que se ocupan de las franjas de edad del inicio y final de la vida. La especialidad de Pediatría tiene la plena competencia, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, de la atención de la salud del niño y del adolescente. No existen problemas de fronteras de competencia entre la Pediatría y las especialidades generalistas del adulto, como no sean las artificiosas y nunca graves derivadas del momento en que el adolescente deja de serlo y conviene que sea atendido ya por el médico de adultos que tiene tanta competencia como el pediatra para atender a los pacientes en esta franja de edad. Cabe señalar que en todos los aspectos relativos a la medicina de familia y comunitaria las relaciones entre pediatras y médicos de familia

deberían incrementarse. Un gran ejemplo de la conveniencia de coordinar mejor e incrementar esta relación es el actual y preocupante aumento de prevalencia del sobrepeso y obesidad infantil que tan nocivas consecuencias va a tener en el incremento de las comorbilidades asociadas en el adolescente, y también cuando éste se convierta en un adulto. Las medidas preventivas y terapéuticas que puede aconsejar el pediatra serán del todo insuficientes si no se coordinan de forma muy potente con medidas familiares y comunitarias favorecedoras de hábitos saludables relacionados con una alimentación sana y un aumento de la actividad física. Estas medidas preventivas han de ser lideradas de modo muy especial desde el ámbito de la medicina familiar y comunitaria.

Los especialistas en Geriátrica se ocupan, a su vez, de la atención integral de las personas de edad, especialmente cuando éstas sufren una disminución de autonomía. Con la notable prolongación de las expectativas de vida de la población española, las necesidades asistenciales en la franja de personas de edad avanzada han aumentado de forma muy importante, superando ampliamente las posibilidades asistenciales del limitado número de geriatras del que disponemos en nuestro país. Este hecho ha motivado la progresiva incorporación de médicos generalistas del adulto, tras la adquisición de competencias complementarias, en la atención sanitaria integral de las personas de edad. Este sistema, que se ha mostrado muy eficiente en Cataluña, intenta modificar el rígido e impermeable modelo



de especialidades todavía vigente en España. En Cataluña, en el momento actual, aun contando con un número limitado de geriatras especializados por la vía MIR, las personas de edad avanzada con problemas de pérdida o disminución de la autonomía que son las tributarias de una atención especializada son correctamente atendidas cuando tienen problemas agudos en los hospitales, especialmente en los Servicios de Medicina Interna, y cuando presentan déficits y problemas crónicos son atendidos por las «Unitats Funcionals Interdisciplinars Sòcio-sanitàries» (UFISS), por los «Programes d'Atenció Domiciliària Especialitzada Sòcio-sanitaris» (PADES) y por los centros especializados. Este modelo de atención geriátrica de notable eficiencia cuenta, evidentemente, con especialistas geriatras vía MIR, pero se basa, sobre todo, en especialistas generalistas del adulto que han adquirido competencias complementarias, especialmente mediante la realización de un máster. Este modelo ha permitido articular en Cataluña el incremento progresivo de las necesidades con una oferta profesional basada más en la atención multidisciplinaria, en la polivalencia de los profesionales y en la adquisición de nuevas competencias, que no únicamente en las titulaciones «oficiales». Para articular debidamente nuestra legalidad vigente con la realidad social y sanitaria debería resolverse la cuestión de la acreditación de las competencias en geriatría, o en otras áreas, mediante el modelo de las «áreas de capacitación», como posteriormente se comentará con más detalle.

En Estados Unidos, con un modelo sanitario muy distinto del nuestro, surgió en 1995 la primera llamada del Group on Geriatric Education of the Society of Teachers of Family Medicine¹⁸ a fin de tomar las medidas oportunas en todo el ciclo formativo para que los médicos de familia pudieran incorporarse con plena eficiencia a la atención geriátrica. Pocos años después, el mismo movimiento se organiza en el seno de la Medicina Interna estadounidense, invocándose la necesidad de mejorar las competencias en este campo asistencial y de establecer una estrecha colaboración con los médicos de familia para mejorar la atención geriátrica en el país¹⁹⁻²⁵.

Las dificultades que en el momento actual tiene la Medicina Interna para definir su marco competencial, el incremento de necesidades asistenciales geriátricas, y en cierta medida el ejemplo americano, han producido que en algunos ámbitos de la Medicina Interna española se haya producido una dedicación, quizás excesiva, a la medicina geriátrica. En mi opinión, el internista no debe convertirse en un geriatra, a no ser que decida libremente dedicarse a esta actividad profesional tras la adquisición de las habilidades y competencias complementarias necesarias. Si no es así, el internista debe mejorar sus competencias en medicina geriátrica, pero sin abandonar las actividades asistenciales que le son propias en el adulto.

El tema de las confluencias y disparidades entre las dos especialidades generalistas del adulto (Medicina Interna y Medicina de Familia y Comunitaria) es muy complejo y,



LA DIALÉCTICA ENTRE LA MEDICINA INTERNA Y LAS OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS DESDE LA PERSPECTIVA PROFESIONAL

por tanto, su discusión no está exenta de dificultades. En primer lugar, debe señalarse que la creación en España, en 1978, de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y su inclusión en el programa MIR en 1979, supuso pocos años después la mejora progresiva de la calidad de la atención primaria de salud en nuestro país. Pese a la gran mejoría global que los médicos de familia han aportado al sistema sanitario español, no hay duda que hasta ahora, y salvo excepciones, no ha podido recuperarse la imagen de transferencia, confianza y dedicación que inspiraba antiguamente el añorado «médico de cabecera». Pese a la excelente formación de estos especialistas, algunas disfunciones estructurales u organizativas han motivado que, en general, el nivel de prestigio y confianza no coincida con la elevada preparación profesional de los médicos de familia, y este déficit repercute en el exceso de presión de la demanda en otros niveles asistenciales del sistema sanitario. Entre las mencionadas disfunciones, cabe citar el escaso tiempo disponible para las visitas, repetidamente denunciado por los médicos, y los déficits en la asistencia domiciliaria. Otra disfunción, observada por fortuna sólo en algunos centros, es un sistema de rotación en la atención de los pacientes o la dedicación preferente del profesional a una determinada enfermedad. Ni que decir tiene que estos hábitos están en principio contrapuestos a una visión personalizada e integradora de una visita médica en atención primaria.

El programa formativo de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en

España, que ahora se ha propuesto ampliar en un cuarto año de residencia, comprende todos los aspectos relativos a la adquisición de competencias en el área de la atención primaria de salud de los adultos y adolescentes, teniendo en cuenta también la adquisición de buenos hábitos en la comunicación interprofesional, en el trabajo en equipo, en la formación continuada, en la valoración adecuada de la investigación y la evidencia científica. La formación se completa, también, con todos los aspectos relativos a la salud centrados en el ámbito familiar y comunitario. ¿Cuáles son las similitudes y las diferencias de esta formación con las que recibe el especialista en Medicina Interna en nuestro país?

En primer lugar, cabe señalar que el objetivo primordial de ambas especialidades generalistas es el de adquirir las competencias y habilidades adecuadas para poder asumir con plena eficiencia la atención de salud integral del adolescente y del adulto. Por este motivo, las similitudes de ambas especialidades han de ser superiores a sus diferencias. No obstante, debe defenderse la persistencia y personalidad de ambas, y sobre todo en España donde el médico internista ha quedado prácticamente excluido de la medicina extrahospitalaria. Además de las competencias y habilidades comunes, y de acuerdo con las funciones asistenciales que les son asignadas por nuestro sistema, no hay duda de que los médicos de familia han de ser más competentes en las áreas de salud familiar y comunitaria, en pediatría, en salud mental, en conocimiento y habilidades



respecto de problemas de poca gravedad, en obstetricia y ginecología, y en otras especialidades quirúrgicas, mientras que, en cambio, los internistas han de ser más competentes, por ejemplo, en el conocimiento y habilidades diagnósticas y terapéuticas de las enfermedades médicas graves, y muy especialmente en las multisistémicas, en la formación básica en las áreas de las distintas subespecialidades médicas y en el área de las indicaciones de la alta tecnología basadas en criterios científico-médicos, pero también en el análisis del coste-beneficio para el enfermo y para el sistema sanitario.

En Estados Unidos, en los últimos años, tanto la Sociedad de Medicina de Familia como la de Medicina Interna definieron de nuevo las características y competencias propias de sus respectivas especialidades, con el objetivo, entre otros, de afirmar los aspectos específicos de la especialidad. Pese a estos esfuerzos, no obstante, quedan muy claros los aspectos comunes de ambas especialidades generalistas del adulto. Tanto es así que, dada la implicación de ambas especialidades en la atención primaria de salud en los Estados Unidos, algunas voces llegan, incluso, a propugnar la fusión de ambas especialidades²⁶. En un estudio realizado en 1996²⁷ se hacía constar que un 77% de la población estadounidense consideraba y reconocía a un médico como el responsable de su salud. Esta cifra podría considerarse satisfactoria en relación con la que seguramente se obtendría en un estudio semejante en nuestro país. No obstante, en el modelo norteamericano, en el que los médicos generalistas han

asumido un mayor protagonismo y regulan el acceso a las subespecialidades y a la alta tecnología, han empezado a surgir importantes disfunciones producidas, en parte, por la progresiva complejidad de los procesos que presentan los pacientes en atención primaria y por el exceso de burocracia y la escasez de retribución. Estas disfunciones han empezado a repercutir negativamente en el grado de satisfacción de médicos y pacientes y han obligado a diseñar estrategias correctoras en la práctica de la atención primaria en EEUU²⁸⁻³⁴.

En España, aunque la organización de la asistencia sanitaria en atención primaria está reservada en exclusiva a los médicos de familia, los médicos internistas deberían atenuar su excesiva actitud hospitalocéntrica activando su relación con los médicos de familia, potenciando su función de consultoría, favoreciendo su actividad en potentes policlínicas hospitalarias o en actividades especiales como la de la hospitalización domiciliaria. El médico de familia debería ver, por su parte, al médico internista como un importante colaborador en la necesaria conexión con los otros niveles asistenciales y no como un posible competidor profesional al que conviene mantener del todo recluido en los límites de la medicina hospitalaria. Por otra parte, ambos especialistas, que por su tipo de preparación, funciones y polivalencia tienen una importancia tan decisiva en la asistencia sanitaria en nuestro país, deberían hacer un esfuerzo para mejorar todos los aspectos, hoy día deteriorados, de la comunicación, relación interpersonal y empatía con los pa-



cientes. Albert J. Jovell, en otro capítulo de esta monografía, expone con acierto estas disfunciones, presentes también en otras especialidades y a las que ya ha aludido en publicaciones anteriores al reclamar una medicina «basada en la afectividad»³⁵ o reivindicar la recuperación de los valores más humanos del antiguo médico de cabecera³⁶.

Por otra parte, desde el punto de vista de la administración y organización sanitaria, deberían hacerse esfuerzos para mejorar la eficiencia global del importante colectivo de los médicos generalistas del adulto en España, que por su preparación y polivalencia podrían contribuir de forma más eficaz que la actual a disminuir la presión de la demanda en otros niveles asistenciales en nuestro país. Entre las medidas a adoptar cabe señalar la de poner en marcha el modelo de las «áreas de capacitación» y renunciar en algunas convocatorias al consagrado como principio «un puesto de trabajo, una única especialidad». La reforma del sistema MIR, una asignatura todavía pendiente, podría, sin duda, ayudar a restablecer puentes entre especialidades próximas como las generalistas del adulto y las subespecialidades médicas. Una medida esencial para alcanzar este objetivo sería la introducción del modelo troncal inicial (un mínimo de dos años) para especialidades próximas, que ha sido defendido en muy importantes textos recientes: el LBPS (*Libre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*)³⁷ y la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias)³⁸. Una nueva normativa sobre especialidades médicas con

un sistema de formación más troncal, integrado y flexible debería permitir, por ejemplo, que un internista pudiera convertirse en un médico de familia, y viceversa, tras la adquisición acreditada de las competencias complementarias adecuadas.

Las especialidades médicas o las subespecialidades de la Medicina Interna: ¿un problema sólo semántico?

La doble denominación de especialidades médicas y de subespecialidades de la Medicina Interna para las distintas áreas de competencia específica dentro del gran tronco común de la Medicina Interna, tiene un significado muy superior a la simple variación semántica. Cuando Agustí Pedro-Pons, el último gran maestro de la Medicina Interna catalana, hablaba del tema de las especialidades médicas afirmaba que era deseable que estos especialistas no perdieran su nexo de unión con el tronco común de la Medicina Interna, y así decía que tenían que ser considerados como internistas-cardiólogos, internistas-neurólogos, etc... Esta misma tesis, con posterioridad y con distintas palabras, ha sido defendida por diferentes expertos, y entre ellos por C. Rozman³ que cree que estos profesionales han de ser denominados subespecialistas porque tienen un área de competencia específica en una de las ramas de la Medicina Interna. Entendido así, esta nomenclatura tendría una gran importancia conceptual, indicando que los subespecialistas médicos de alguna manera se sienten in-



ternistas y conservan parcialmente las competencias propias de la Medicina Interna. Este encomiable objetivo quizás puede conseguirse mejor con el concepto y la praxis de la formación de posgrado norteamericana, en la cual se realiza una especialización previa en Medicina Interna antes de iniciar el aprendizaje de las competencias profesionales de la subespecialidad. Este modelo está muy alejado de la formación de posgrado actual en España y también de la realidad asistencial, docente e investigadora de los grandes hospitales universitarios de tercer nivel en nuestro país. En general, puede afirmarse que la Medicina Interna ha perdido su función integradora y coordinadora, y las distintas especialidades han alcanzado su plena independencia asistencial, docente e investigadora. En la práctica propia de los grandes hospitales, la complejidad de la tarea asistencial de la subespecialidad aleja cada vez más al profesional de las competencias e identificación con la Medicina Interna. Esto ocurre, todavía más, cuando el especialista se dedica a una tarea técnica cada vez más específica pero, sin duda, de extraordinaria importancia asistencial. En líneas generales resulta ilusorio pedir competencias e identificación con la mentalidad de internista al cardiólogo dedicado a la hemodinámica, al digestólogo dedicado únicamente a la fibroendoscopia o al neumólogo que prácticamente no abandona el gabinete de pruebas funcionales. Pese a esta realidad, no hay duda de que, por lo menos desde el punto de vista teórico, sería conveniente que algunos de los subespecialistas pudieran conservar

una parte de la polivalencia y competencia de los internistas.

En un excelente artículo publicado en 1991¹², Eugene Braunwald, de la Harvard Medical School, se preguntaba si podría mantenerse en los grandes hospitales de Estados Unidos el modelo vertical de convivencia entre internistas y subespecialistas integrados en un Departamento de Medicina Interna, o debería optarse por un modelo horizontal en el que las distintas especialidades no tuvieran en la práctica ningún tipo de nexo organizativo que coordinara sus actividades. Ya en esta fecha, y mucho más unos años después, esta cuestión estaba definitivamente resuelta en España a favor del modelo horizontal. Ni que decir tiene que esta realidad actual varía progresivamente cuando el tamaño del hospital es menor, de manera que los internistas adquieren la máxima responsabilidad asistencial y organizativa en los hospitales comarcales.

El proceso evolutivo de las relaciones entre internistas y subespecialistas en los grandes hospitales no ha estado siempre exento de tensiones. Para mejorar la relación interprofesional y la eficiencia global del sistema sería conveniente que tanto los internistas como los subespecialistas hicieran un esfuerzo adicional de adaptación a la nueva situación. Los internistas tendrían que defender el papel fundamental de la Medicina Interna como especialidad generalista del adulto, y en la docencia de pregrado y posgrado, y las diversas funciones que sería deseable que realizaran para complementar la función básica que ejercen los médicos de fa-



milia en Atención Primaria. Pero al mismo tiempo tendrían que renunciar totalmente a las tentaciones de considerarse herederos primordiales de la «tradición osleriana»¹ (medicina integral, profundidad científica de la formación, gran nivel de la comunicación médico-enfermo, valores éticos de la profesión), y también renunciar a todas las posibles tentaciones jerárquicas con los profesionales dedicados a una de las ramas de la Medicina Interna. Los subespecialistas, por su parte, tendrían que defender las áreas propias y autónomas de actuación para ofrecer la mejor asistencia al enfermo y para desarrollar adecuadamente la investigación clínica y la tarea docente propia de la especialidad, pero tendrían que intentar conservar, siempre que fuera posible, el máximo número de competencias del tronco común de la Medicina Interna y evitar caer en la fácil tentación de adoptar posturas «corporativistas» que en nombre de la «mejor atención al paciente» defienden una organización sanitaria basada sólo en el punto de vista propio de la especialidad.

La respuesta a los retos del próximo futuro: ¿nuevas especialidades o áreas de capacitación?

Los progresivos avances en Medicina, tanto en la vertiente diagnóstica como terapéutica, hacen prever que en los próximos años el sistema asistencial precisará, cada vez más, de expertos en las distintas ramas de la alta tecnología, que tendrán que adquirir sus com-

petencias y habilidades complementarias a partir de la formación básica en su especialidad. Pero, por otra parte, como ya se ha comentado, el sistema sanitario precisará un colectivo muy numeroso de generalistas competentes (médicos de familia e internistas) y también de subespecialistas algo polivalentes con buena formación en Medicina Interna para mejorar la eficiencia de la medicina extrahospitalaria, tanto en su vertiente preventiva como curativa, de modo que se pueda ofrecer una óptima atención a los pacientes afectados de las enfermedades más frecuentes y de los factores de riesgo de gran prevalencia que, en general, no precisan ni de la atención hospitalaria ni de la alta tecnología. Resulta evidente que estas necesidades actuales y futuras del sistema sanitario sólo podrán cubrirse con eficacia a través de cambios en la organización sanitaria y en el sistema de formación de especialistas, que debería dejar de ser un sistema rígido, cerrado, no comunicativo y basado sólo en las titulaciones, para convertirse en otro que sea funcional, flexible, permanentemente adaptable, basado en parte en cierta polivalencia de los profesionales y en las competencias evaluables.

El número de especialidades reconocidas actualmente en España es muy elevado en relación con otros países de nuestro entorno. Pese a ello, existen fuertes presiones canalizadas por las sociedades científicas respectivas para que se creen nuevas especialidades (por ejemplo, enfermedades infecciosas, urgencias, gestión sanitaria)³⁹.

En general, y dada la situación actual, el camino adecuado a partir de ahora no parece



ser el de crear nuevas especialidades, sino el de modificar el sistema de formación de las actuales y el de crear áreas de capacitación específicas desde especialidades afines con un sistema propio y evaluable de formación. El tema ha sido abordado, mediante un inteligente análisis, en un reciente editorial de R. Pujol y A. Oriol Bosch⁴⁰. En este texto los autores discuten las nuevas necesidades de especialización a través de la dialéctica nuevas especialidades – áreas de capacitación y se inclinan, en general, por la segunda opción, opinión que comparto. La reciente publicación de la LOPS³⁸ abre el camino del debate y la reflexión para que el desarrollo de esta ley pueda permitir iniciar el cambio en un próximo futuro. Los citados autores proponen que este proceso debería pasar por las siguientes fases: 1) definir la formación troncal por agrupación de especialidades afines; 2) redefinir las especialidades existentes y adecuar sus programas a la troncalidad; 3) crear las áreas de capacitación, especificando las especialidades de las que provienen y definiendo cómo acceder a ellas, o cambiar eventualmente de una a otra; y 4) elaborar sistemas de evaluación que legitimen las competencias adquiridas.

Consideraciones finales

En el año 2002 los miembros del Medical Professionalism Project publicaron un importante documento⁴¹ en el que reclamaban una gran implicación de los médicos en un proceso de reflexión para adecuar el

compromiso de la profesión médica frente a los retos que le plantea la Administración, la sociedad y los pacientes en estos inicios de un nuevo milenio. Entre los compromisos que la profesión médica debería asumir en el momento actual cabe destacar el relativo a la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, de modo que los médicos deberían dedicarse a procurar una continua mejora en la calidad del cuidado de la salud. Este compromiso comprende no sólo el mantenimiento de la competencia clínica, sino también trabajar en colaboración con otros profesionales para reducir el error médico, aumentar la seguridad de los pacientes, minimizar el uso excesivo de los recursos sanitarios y optimizar los resultados de la atención asistencial. Por otra parte, los médicos deberían participar activamente en el desarrollo de mejoras en la calidad de la asistencia y en la aplicación de las medidas adecuadas para obtener este objetivo por parte de los individuos, instituciones y sistemas responsables de la atención de salud. Finalmente, los médicos, tanto individualmente como a través de las asociaciones profesionales, deberían asumir la responsabilidad de colaborar en la creación e implementación de mecanismos elaborados para estimular la continua mejora en la calidad de la asistencia sanitaria.

Esta importante proclama, como otras contenidas en el citado documento, está dirigida evidentemente a todos los médicos, pero afecta de modo muy especial a los médicos generalistas y a las diversas subespecialidades de la Medicina Interna. Este tan



LA DIALÉCTICA ENTRE LA MEDICINA INTERNA Y LAS OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
DESDE LA PERSPECTIVA PROFESIONAL

importante colectivo médico debe incorporarse totalmente y sin tardanza a este gran proceso de toma de posición y abandonar, por tanto, algunas actitudes individuales y colectivas de considerar los asuntos profesionales sólo a través de una visión reivindicativa y corporativista de los intereses de la propia especialidad.

Espero que el contenido de esta excelente monografía y la revisión de los aspectos discutidos en el presente artículo contribuyan a incrementar el necesario proceso de reflexión ante los retos a los que se enfrenta la profesión médica en el momento actual.

Referencias bibliográficas

1. Bryan CS. What is the Oslerian tradition? *Ann Intern Med* 1994;120:682-687.
2. Stevens R. Issues for American internal medicine through the last century. *Ann Intern Med* 1986;105:592-602.
3. Rozman C. Reflexiones sobre la Medicina Interna en la Universidad. *Med Clin (Barc)* 1981;76:193-202.
4. Foz M. *La Medicina Interna i les especialitats mèdiques: vivències personals, problemes actuals i perspectives de futur*. Barcelona: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, 1995.
5. Petersdorf R, Goitein L. The future of internal medicine. *Ann Intern Med* 1993;119:1130-1137.
6. Federated Council for Internal Medicine. General internal medicine and general internist: recognizing a national need. *Ann Intern Med* 1992;117:778-779.
7. Federated Council for Internal Medicine. Generating more generalists: an agenda of renewal for internal medicine. *Ann Intern Med* 1993;119:1125-1129.
8. Welch WP, Miller ME, Welch HG, Fisher ES, Wennberg JE. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *N Engl J Med* 1993;328:621-627.
9. Shroeder SA, Showstack JA, Gerbert B. Residency training in internal medicine: time for a change? *Ann Intern Med* 1986;104:554-561.
10. The Task Force on the Future Internist, American Board of Internal Medicine. The future internist. *Ann Intern Med* 1988;108:139-141.
11. Lipkin M, Levinson W, Barker R, Kern D, Burke W, Noble J et al. Primary care internal medicine: a challenging career choice for the 1990s. *Ann Intern Med* 1990;112:371-378.
12. Braunwald E. Subspecialists and internal medicine: a perspective. *Ann Intern Med* 1991;114:76-78.
13. Stein JH. Grand cru versus generic: different approaches to altering the ratio of general internists to subspecialists. *Ann Intern Med* 1991;114:79-82.
14. Kassirer JP. Primary care and the affliction of internal medicine. *N Engl J Med* 1993;328:648-651.
15. Levinsky NG. Recruiting for primary care. *N Engl J Med* 1993;328:656-660.
16. Baroness JA. The future of generalism. *Ann Intern Med* 1993;119:153-160.
17. Cooper RA. Seeking a balanced physician workforce for the 21st century. *JAMA* 1994;272:680-687.
18. Mold JW, Mehr DR, Kvale JN, Reed RL. The importance of geriatrics to family medicine: a position paper by the Group on Geriatric Education of the Society of Teachers of Family Medicine. *Fam Med* 1995;27:234-241.
19. Larson EB. General Internal Medicine at the crossroads of prosperity and despair: caring for patients with chronic diseases in an aging society. *Ann Intern Med* 2001;134:997-1000.
20. Mold JW, Green LA, Fryer GE. General Internists and Family Physicians: Partners in Geriatric Medicine? *Ann Intern Med* 2003;139:594-596.



21. Hazzard WR. General Internal Medicine and Geriatrics: collaboration to address the aging imperative can't wait. *Ann Intern Med* 2003;139:597-598.
22. Landefeld CS, Callahan CM, Woolard N. General Internal Medicine and Geriatrics: Building a Foundation to improve the training of general internists in the care of older adults. *Ann Intern Med* 2003;139:609-614.
23. Rubin CD, Stieglitz H, Vicioso B, Kirk L. Development of Geriatrics-Oriented Faculty in General Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2003;139:615-620.
24. Simon SR, Fabiny AR, Kotch J. Geriatrics training in General Internal Medicine Fellowship Programs: Current practice, barriers, and strategies for improvement. *Ann Intern Med* 2003;139:621-627.
25. Thomas DC, Leipzig RM, Smith LG, Dunn K, Sullivan G, Callahan E. Improving Geriatrics training in Internal Medicine Residency Programs: Best practices and sustainable solutions. *Ann Intern Med* 2003;139:628-634.
26. Rabinowitz HK. Working together – That's innovation! *Ann Intern Med* 2004;140:660-661.
27. Weinick RM, Drilea SK. Usual sources of health care and barriers to care, 1996. *Stat Bull Metrop Insur Co* 1998;79:11-17.
28. St. Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *N Engl J Med* 1999;341:1980-1985.
29. Grumbach K. Primary Care in the United States – The best of times, the worst of times. *N Engl J Med* 1999;341:2008-2010.
30. Sox HC. The future of Primary Care. *Ann Intern Med* 2003;138:230-232.
31. Moore G, Showstack J. Primary Care Medicine in crisis: Toward reconstruction and renewal. *Ann Intern Med* 2003;138:244-247.
32. Safran DG. Defining the future of Primary Care: What can we learn from patients? *Ann Intern Med* 2003;138:248-255.
33. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: What is the role of Primary Care. *Ann Intern Med* 2003;138:256-261.
34. Sandy LG, Schroeder SA. Primary Care in a new era: Disillusion and dissolution? *Ann Intern Med* 2003;138:262-267.
35. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)* 1999;113:173-175.
36. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. [http: www. fbjoceplaportte.org](http://www.fbjoceplaportte.org).
37. Generalitat de Catalunya. *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. B.O.E. núm. 280. Ley 44/2003.
39. Pujol R, Gómez JM, Martínez Carretero JM. Reflexiones y propuestas sobre la especialización médica en España. *Educ Med* 1999;2:14-18.
40. Pujol R, Oriol Bosch A. ¿Especialización o áreas de capacitación? *Med Clin (Barc)* 2004;123:55-56.
41. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet* 2002;359:520-522.



LOS PROFESIONALES EN EL SENO DE LAS ORGANIZACIONES COMPLEJAS

PERE MONRÀS, MARÍA SÁNCHEZ Y JORDI ROMA

Helix3c Consultora, S.L. Barcelona (España).

Dedicado a los enfermos mentales del Centro Antaviana y a sus profesionales, que nos dan oportunidades para aprender a vivir.

*Si no sabíem el que és
i el que no és; si només
ateníem certs motius
i certs colors; si les arrels
de l' existir es trobaven en una*

Pere Monràs ha sido médico Internista y Oncólogo en ejercicio durante 17 años y ha ejercido otros 17 años como directivo en la Corporación Parc Taulí de Sabadell. Ex-Presidente de la Patronal UCH, Presidente Fundador del «Cercle per al Coneixement», actualmente Vicepresidente de la Fundación del mismo nombre y Consejero delegado de Helix3c, grupo especializado en la construcción de economía del conocimiento.

María Sánchez es licenciada en informática por la Universidad de Deusto y máster en Internet Management y Desarrollo Organizacional. Ha trabajado en consultoras multinacionales y corporaciones sanitarias y actualmente es socia de Helix3c y miembro del Cercle per el Coneixement.

Jordi Roma ha sido médico nefrólogo en diversas organizaciones sanitarias. Los últimos años ha estado dirigiendo investigación biomédica en compañías multinacionales. Socio Director de Simbec Ibérica y socio de Helix3c, así como vocal de la Junta Directiva del Cercle per al Coneixement.

Helix3c es una compañía cuya principal competencia es ser constructora de economía del conocimiento. Su metodología es el desafío adaptativo y el desarrollo organizacional.

*altre vida; si l'esperança era
poca i mal dibuixada i si
la paraula no era un acte,
tampoc aquestes ratlles no
serien un poema.*

*Joan Brossa,
El Saltamartí, Estiu del 1963*

Cita del montaje teatral: «Reutilizar, Transformar, Reciclar» del Centro Antaviana de Sabadell, representado el 10 de Junio de 2004.

Un ejemplo de personas etiquetadas de incapaces que se han movilizado en una acción compleja y de valor añadido. Su ejemplo, entre otros, nos ha inspirado cómo repensar la sanidad y su sostenibilidad, cambiando la óptica de ver el conjunto del sistema como recursos humanos que consumen presupuesto, a verlos como humanos con recursos (siempre limitados, pero existentes), que pueden añadir valor para la sociedad.

«LA MAYOR COMPLEJIDAD ESTÁ EN LA MENTE HUMANA: ES IMPREVISIBLE»



Introducción

Cuando, en cualquier campo, queremos mantener un debate constructivo intentamos asegurar un sistema de comprensión idiomática y de claros contenidos con el interlocutor. Queremos tener la seguridad de poder responder afirmativamente a algunas de las preguntas y tener una razonable sensación de que hablamos de lo mismo. Por ello tiene siempre mucha importancia formular el punto de partida claro, clave de todo proceso de comunicación. Así, por ejemplo, en relación al enunciado del artículo podríamos preguntarnos:

¿Por qué hablamos de profesionales y no de trabajadores?; ¿por qué hablamos de organizaciones complejas, o es que donde dice complejas deberíamos leer complicadas?

¿Cuál es la tendencia evolutiva de los colectivos profesionales respecto a su práctica y sus competencias?; ¿hacia una mayor o menor profesionalidad?; ¿la ambición por la excelencia es un distintivo de profesionalismo o una señal de elitismo?; ¿en qué pueden modificarse las competencias requeridas en este tipo de colectivos en relación al escenario que plantea la sociedad actual para aspirar a una sana excelencia?

Estas y quizá muchas otras preguntas deberían ser contestadas, partiendo en primer lugar de una realidad que podría describirse como la existencia de un gran foso de desconfianza entre los principales agentes del sistema. Sin una comunicación adecuada, la confianza no se puede rehacer y sin ella no hay cooperación posible, base de las solucio-

nes. Sin confianza no se pueden hacer ni negocios, como bien dice A. Cortina. ¿Existe comunicación entre las partes y en qué grado? Un escepticismo inicial preside la búsqueda de las respuestas y ello quizá pone de relieve las prioridades que debería contemplar cualquier cambio.

También debemos aceptar que no hay recetas simples para problemas complejos. Decía Mayor Zaragoza «que quien esconde la complejidad hace fraude». Nos encontramos en un cambio de paradigma. No hace falta sólo tener más dinero (*cash is not cure*)¹ y vigilar por la supervivencia del sistema. Hace falta que el sistema esté en consonancia con lo que pueda ofrecer para el presente y para el futuro. Por otra parte, un subsistema no sobrevive si no es en correspondencia con otros subsistemas que conformen, juntos, el todo². No se pueden implantar reformas en la sanidad sin un replanteamiento de lo que representan las políticas sociales y la forma de sus prestaciones referidas al momento histórico en que entramos: la sociedad del conocimiento y el mundo globalizado.

Es preciso un esfuerzo para identificar los cambios más significativos que se dan en el ejercicio de la medicina y el cambio en las condiciones del entorno donde este ejercicio se practica³. Destacamos tres.

Las nuevas condiciones éticas del ejercicio profesional

En primer lugar, cabe señalar que se han modificado las bases éticas del ejercicio



profesional. Más allá del «*primum non nocere*» hipocrático que nos regía, debemos añadir otros dos principios éticos que conformarán, y conforman ya, el ejercicio de la profesión.

Nos referimos al principio de autonomía que obliga a incorporar los valores y utilidades del paciente y su entorno en las decisiones clínicas, y un segundo principio, el de justicia social, por el que lo que hagas a «A» dejas de hacerlo a «B».

A esta complejidad y diversidad de elementos que inciden sobre las decisiones clínicas cabe añadir la constatación, que deberíamos formular, de si el ejercicio profesional se realiza en el marco de organizaciones adecuadas a esta complejidad, si en ellas los profesionales disponen de instrumentos claros de decisión en el manejo de recursos para asumir los dilemas profesionales que se pueden presentar. Muy rápidamente se han ido estableciendo unas relaciones asistenciales en las que el conocimiento del enfermo se sustituye por el de las enfermedades, conformando un sistema «industrializado de asistencia».

Nuestro siglo está empezando a detectar los límites de este tipo de relación y se aborda de nuevo el concepto del profesionalismo. Bajo el principio de lo que algunos autores llaman el desafío adaptativo, podríamos afirmar que el trabajo técnico puro quedará limitado cada vez más a algunas de las actuaciones asistenciales, pero no a todas. Asistir a un paciente con una infección requiere básicamente un trabajo técnico (tipo de antibiótico, tiempo y dosis...). Asistir a un paciente

con infarto de miocardio ya requiere añadir al buen trabajo técnico (medicación...) un buen trabajo de adaptación, en el sentido de que el paciente modifique sus hábitos de vida (fumar, estrés...). Si el paciente presenta un cáncer avanzado, la mayor parte del trabajo será un desafío adaptativo, a fin de que sepa enfrentarse a la situación compleja que vive⁴.

Una de las implicaciones de esta nueva ambición del profesionalismo está en asumir y cooperar en la implementación de un nuevo marco que defina, evalúe e interrelacione todo lo que se refiera a las competencias profesionales; podría resumirse como indica la tabla 1, extraída del proyecto «Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter». Es destacable el esfuerzo

TABLA 1. Conjunto de responsabilidades profesionales

Compromiso con la competencia profesional
Compromiso con la honestidad para con los pacientes
Compromiso con la confidencialidad en lo que se refiere al paciente
Compromiso con el mantenimiento de relaciones adecuadas con los pacientes
Compromiso con la mejora de la calidad de los cuidados
Compromiso con la mejora en el acceso a los cuidados
Compromiso con una justa distribución de unos recursos que son limitados
Compromiso con los conocimientos científicos
Compromiso con la veracidad en el manejo de los conflictos de interés
Compromiso con las responsabilidades profesionales



FIGURA 1. El marco de las competencias profesionales.



Fuente: Pere Monràs

prolongado en el tiempo y en los contenidos del Institut d'Estudis de la Salut (IES) de la Generalitat de Catalunya, en Barcelona. Otros autores agrupados en torno al proyecto ya citado anteriormente han definido el conjunto de competencias profesionales correspondientes a esta nueva ética en la forma que expresa la tabla 1 antes citada. En cualquier caso, las coordenadas de un sistema asistencial en el que a diferentes necesidades de cada individuo, es decir, diferentes niveles de riesgo, el sistema ofrece igualdad de prestaciones, merecería mayor atención. Como ha dicho Rheingold, lo que es bueno para los individuos no tiene por qué ser bueno para la sociedad entera.

Los límites de las disciplinas del conocimiento aisladas y la necesidad de interrelación de conocimientos⁵

Hoy día se hace más evidente que no se puede solventar el conjunto de problemáticas derivadas de las enfermedades y de los cuidados de la salud bajo un solo prisma, como igual acontece en otros campos de las ciencias. Se impone un abordaje que todavía llamamos interdisciplinario (como mucho) o multidisciplinar, pero que en cualquier caso cada vez aparece más como un trabajo interprofesional, donde diversas disciplinas del conocimiento pero también diversas profesiones (enfermería, fisioterapeutas, antropólogos, sociólogos, economistas, psicólogos personales o sociales y organizacionales, etc.), se integran en un trabajo en equipo, como garantía de eficacia, efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción en las prestaciones.

La investigación y el desarrollo y su complementariedad con la innovación y el diseño en forma integrada

En tercer lugar, la investigación y el desarrollo requieren la incorporación de la innovación y el diseño⁶, así como el fortalecimiento de sistemas de movilización de recursos y de cooperación pública-privada. Cooperación que busque relaciones entre el conocimiento generado en los centros de investigación y las universidades y los sectores industriales de nuevo cuño, no sólo la in-



dustria farmacéutica habitual sino también el sector estratégico de las TIC. Con el objetivo de pasar de una investigación enfocada a publicaciones científicas a una transferencia del conocimiento a la industria con el fin de servir a la generación de producto interior bruto (PIB), que estimule en mayor medida el progreso social.

El sentido de las organizaciones

¿La organización sirve al presupuesto, o el presupuesto sirve a la organización?; ¿hay criterios únicos de organización para la prestación de servicios sanitarios de diversa índole?; ¿la rutina, los procesos estándar que se pueden planificar, el caso clínico singular, o la investigación clínica, requieren «trajes específicos» o deben amoldarse a las formas organizativas uniformes que están predeterminadas?; ¿hay posibilidades, no heroicas, para implementar innovaciones organizativas según las necesidades que se detecten?

En primer lugar, cabe hablar de la organización del trabajo y el principio de autonomía organizativa profesional en un marco de interdependencias obligadas que se dan en las organizaciones y en el sistema. Esto nos lleva a decir que las organizaciones sanitarias son organizaciones complejas más que complicadas, en el sentido no de la cantidad de aspectos que deben tenerse en cuenta, sino de la variedad y calidad de interrelaciones que en ellas interactúan. Hemos visto que la organización del trabajo adquiere necesariamente una dimensión menos artesa-

nal y más «industrializada», debido tanto a factores de equipamientos y tecnología que exigen inversiones cuantiosas, como a la relevancia del factor profesional que precisa interacción entre diversas disciplinas, y a los efectos derivados de los componentes del aseguramiento público y de la existencia de sistemas universalizados en la prestación de servicios.

No se puede perder de vista, en consecuencia, qué modelos de gestión empleamos en estas organizaciones. Tendrán que basarse en cumplir su misión y objetivos y no limitarse a una mera administración y/o gestión de los recursos, recordando en todo momento que su característica principal es el hecho de que la asignación y decisión sobre los recursos a utilizar se halla en manos de los clínicos y no en los ámbitos de gestión tradicionales.

A veces ejemplos de otros sectores clarifican mejor los conceptos. Podríamos referirnos a ejemplos como el de la compañía de ferrocarriles RENFE. Según refiere M. Sala⁷, esta compañía disponía de un gran cuadro de mando con todos los parámetros imaginables, excepto el número de viajeros que transportaba por cada trayecto. En definitiva la concepción del cuadro de mando que tenían era la de hacer funcionar trenes y no la de transportar viajeros.

El paralelismo con la sanidad nos llevaría a constatar que el criterio preponderante es el de gestionar estructuras independientemente de cuántos o cuáles problemas de salud resolvemos, como pretende indicar la figura 2.



FIGURA 2. Ópticas de gestión.



Fuente: Pere Monràs

Este simple esquema nos da idea de la importancia de la óptica de gestión que se adopte y de sus consecuencias. En la mitad superior del diagrama se representa el esquema habitual que rige actualmente la gestión. Se inicia con la responsabilidad de optimizar las estructuras existentes (por ejemplo, el número de camas disponibles en un determinado territorio); se atiende su financiación en razón al coste medio y estancia por paciente; se establece un control centralizado del presupuesto que atiende a partidas sin relación alguna con la actividad;

los sistemas de información se diseñan a partir de estas necesidades, con lo cual se determina la productividad y rendimiento no en términos de resolución de problemas de salud, es decir, en términos de eficacia o efectividad, sino de utilización de camas y de otros recursos, para finalmente establecer la organización del trabajo y una estructura jerárquica que asuma y canalice las reivindicaciones de los profesionales. En definitiva, un esquema «*Dirección Top-Down*» en una estructura compleja en la que -repetimos- las decisiones de utilización final de recursos no



se hallan donde está, de hecho, la capacidad de decisión sobre ellos.

Por el contrario, en un esquema innovador cuya óptica se inspire en las necesidades de la población, se articulará una lógica de gestión de naturaleza inversa a la de cada uno de los parámetros anteriores y encontrará otra forma de regirse, como se deduce del esquema planteado en la mitad inferior (fig. 2). Desde esta visión, el punto de partida no son las estructuras de las que se dispone, sino de las necesidades de salud a cubrir y cómo utilizar las estructuras disponibles para una mayor efectividad y eficiencia.

La cultura de gestión

¿Las organizaciones sanitarias son organizaciones que aprenden y, en consecuencia, organizaciones de conocimiento?; ¿la complejidad de las organizaciones se debe al choque de culturas internas?

¿Hay diversas culturas de gestión?; ¿a qué criterios obedecen?; ¿hay puntos de entendimiento mutuo?; ¿bajo qué premisas?; ¿y los puntos de desencuentro, cuáles son?; ¿su mayor problema es la insuficiencia financiera? En definitiva, ¿más mando, más organización, más dinero, o cambio?

¿La economía y la financiación en general de la sanidad en el contexto actual son un problema de falta de recursos para hacer lo mismo de siempre, o son un objetivo de cambio en el sentido de buscar objetivos que incidan en la raíz del desajuste continuo financiero que existe?; ¿hay que reformular lo que hacemos y cómo lo hacemos o tan sólo ajustar los déficits?; ¿falta dirección o falta liderazgo?

Por lo dicho en el apartado referido al sentido de las organizaciones⁸, si quisiéramos ir a la raíz de los problemas de falta de sostenibilidad con los que nos enfrentamos, convendría referirse a los principios de gobernabilidad y gestión que los rigen⁹. Una anécdota inicial: En una ocasión, un profesional responsable de las infecciones nosocomiales en una organización hospitalaria importante contaba por escrito sus tribulaciones reproducidas en la forma resumida siguiente:

«Unas reflexiones sobre cómo ahorramos».

Hace unas semanas me consultó un paciente que ingresaba con una supuesta infección. Después de visitarle me hice las consideraciones siguientes:

1. La supuesta infección -a mi modo de entender no tenía ni infección- no precisaba un ingreso hospitalario.

*2. No obstante, no sólo ingresó, sino que tuvo que estar solo en una habitación (desaprovechando una cama contigua, habiendo otros ingresos pendientes) porque estaba colonizado por *Streptococcus aureus* resistente a meticilina.*

3. Los cultivos no fueron recogidos adecuadamente, por tanto...

4. Los resultados «alarmaron» al profesional que los recibió.

5. El tratamiento antibiótico no fue el pertinente.

6. Tuvo un coste excesivo.

7. Podía haberse favorecido la aparición de gérmenes resistentes



Y todo esto, ¿por qué?

En el ámbito asistencial donde se produjeron los hechos se había planteado la conveniencia de elaborar un protocolo para la atención integral de los pacientes con riesgo de adquirir este tipo específico de infecciones. El protocolo se retrasó por falta de tiempo. La persona que podía hacerlo de hecho precisaba que le contratasen una ayuda para unas horas. La directriz de ahorrar no discriminaba esta situación de otras y, por tanto, no se podía contratar a nadie. El análisis de costos generados (no justificables para atender una mala praxis) y las consecuencias para el paciente tuvieron una magnitud considerable. En cambio hubo ahorro de unas horas de contratación. Esto es sólo una pequeña muestra de lo que pasa cada día en un hospital.

En el caso de la sanidad esta situación, y muchas otras semejantes, vienen determinadas, de hecho, no tanto por buscar una racionalidad económica, ya que son simplemente decisiones que se llevan a cabo por razones de tipo administrativo presupuestario, sino por los criterios políticos sociales que determinan unas relaciones entre los diversos agentes del sistema. A menudo estas relaciones están basadas no tanto en la asunción de las interrelaciones e interdependencia de funciones entre las partes, sino en la subordinación de todas ellas a los condicionantes de unas políticas sociales imperantes que, bajo el marchamo de progresistas por aquello de distribuir renta, quedan encajadas en esquemas reaccionarios y anti-

cuados. Estas políticas obligan, atrapan y aprisionan a los propios políticos que deben utilizar unos mecanismos de gestión administrativa no adecuados a la realidad profesional ni a la realidad de lo que son las organizaciones complejas.

En la figura 3 se representa esta lógica de gestión clásica en la que las relaciones entre los diversos agentes son del tipo «acción y reacción». En ellas se establece como mecanismo de relación la presión hacia la gestión para que ésta dé respuesta a sus demandas. Es el clásico, simple y anacrónico criterio pedagógico de acción-reacción. La permanencia y/o resistencia de la gestión es factible mientras la respuesta a la presión tenga márgenes. Cuando éstos se anulan, y acostumbra a darse por las limitaciones forzadas e indiscriminadas de los recursos disponibles, la gestión no resiste y sucumbe con el recambio obligado subsiguiente.

En la figura 4 se representan, alternativamente, los instrumentos de gestión como los centrados en la búsqueda de las mejores interrelaciones entre los agentes sociales diversos, bajo el principio de que cada agente social asuma su respectiva responsabilidad en el conjunto de las políticas, sin subordinación de unos a otros, sino bajo el principio de interdependencia entre ellos.

Estos cambios en las ópticas de gestión implican un reconocimiento implícito de cómo debe abordarse la gobernación y gestión de organizaciones complejas en las que se demuestra que el «*management*» aprendido en la sociedad industrial presenta claras insuficiencias. Esto es especialmente rele-



FIGURA 3. La gestión acción-reacción.

LAS RELACIONES DE AGENCIA
EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS



GERENCIALISMO: gestión centrada en la información y el control

↓ Herramienta ↑ Acción-reacción

Fuente: Pere Monràs

vante en organizaciones como las sanitarias que se rigen por una enorme descentralización de los ámbitos de decisión y además por un principio de una visión borrosa compartida sobre los objetivos institucionales, que son de distinta naturaleza según cada agente social. En definitiva, una organización que no aprende de sus errores y que no tiene los sistemas previstos para hacerlo, no puede considerarse una organización de conocimientos, pues desaprovecha aquellos conocimientos que ya tiene. De ser así, significará que la entendemos como una organización de trabajadores o funcionarios, cuyo fin es realizar unas tareas asignadas dentro de un

FIGURA 4. La gestión de las relaciones.

LAS RELACIONES DE AGENCIA
EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS



LIDERAZGO: gestión centrada en la función social

↔ Herramienta ← Interrelación entre las partes

1. Medidas de interrelación Administración-ciudadanos
2. Medidas de interrelación Administración-profesionales
3. Medidas de interrelación ciudadano-profesionales

Fuente: Pere Monràs

horario fijo determinado, del todo contradictorio con el deseable profesionalismo.

Estamos, por tanto, industrializando la asistencia sin discriminar las actividades que sí pueden o deben ser tratadas de esta forma de otras en las que hacerlo así sería abortar el sentido mismo de las actividades¹⁰.

Igualmente, cuántas veces alabamos a una organización por aportaciones hechas de alguna técnica o procedimiento nuevo sin que estén instalados los sistemas de corrección de los procedimientos antiguos. No puede haber innovación tecnológica que no vaya



acompañada de innovación organizativa. Ésta es la que debe permitir que a la eficacia del conocimiento (es decir, saber qué es lo que puede y debe hacer) le acompañe la efectividad debida (es decir, conseguir que se lleve a cabo de forma correcta aquello que se sabe debe hacerse), y además que todo ello se haga con probados criterios de eficiencia (es decir, hacerlo a los mínimos costos posibles), pero muy especialmente que quede bien definido, y se lleve a la práctica, qué es lo que hay que dejar de hacer.

Una organización que aprende entiende que su principal factor productivo y de mejora es el conocimiento que tienen sus profesionales, y sabiéndolo les dota de la autonomía organizativa suficiente para introducir la innovación precisa. Una simple prueba de lo lejos que estamos de esta comprensión y comportamientos es la observación de cómo la formación no es todavía una función plena de la producción y los recursos a ella destinados suelen estar en departamentos de control, como el de recursos humanos, que lo usan como medida graciable.

Prestemos atención a lo que acontece con los pilotos de la aviación civil¹¹. Si analizamos su aprendizaje y las condiciones de acreditación continua de sus competencias, por no resaltar la importancia extrema que se da al total de horas de vuelo simulado exigidas, previas al servicio, veremos que no resiste la comparación con los aprendizajes en la medicina¹². El importante trabajo «The Error is human»¹³ nos dice que el número de muertes diarias por errores médicos en EEUU es de una magnitud comparable a la caída diaria de

un avión transoceánico que se precipitara con resultado de muerte de sus ocupantes. Es obvio que si esto fuera destacado en los medios, la opinión pública no lo toleraría.

Toda innovación requiere incentivos. Algo hay que obtener por hacer lo que se hace, mejor y a menor coste. El mercado reconoce la calidad y la eficiencia, productos de la innovación, y además estimula con ayudas públicas las condiciones para su implementación y desarrollo. ¿Y, en condiciones de no mercado, cómo se activa la innovación?

Con leer el Dictamen del Consejo Asesor del Ministerio Federal de Economía de la RFA sobre Política Económica y Coyuntural citado en «*L' Estat del Benestar*»¹⁴ hay suficiente:

«Frecuentemente, incluso, ni siquiera se llegó a percibir el que las medidas aplicadas para alcanzar una distribución de rentas más equilibrada, o las exigencias de una mayor Seguridad Social, se planteaban, claramente, en contradicción con los objetivos de eficiencia y, de forma tendencial, implicaban una ralentización del crecimiento y una pérdida de flexibilidad... Todo sistema de asignación de recursos (no solamente el que corresponde a una economía de mercado) debe ser necesariamente, también, un sistema de atractivos. Si se quieren alcanzar resultados socialmente aceptables, los atractivos deben ser tanto más acentuados cuanto mayores sean los riesgos que recaen sobre las personas que tienen que tomar decisiones. Esta correspondencia necesaria entre riesgo y atractivo ha sido muy poco con-



siderada dentro de la política de rentas y social en el transcurso del tiempo. Por un lado, se han debilitado fuertemente los atractivos para la aceptación del riesgo...; por otro lado, las preferencias por un estatus fijo, calculable y permanente, orientado hacia situaciones gremiales privilegiadas... Las consecuencias económicas negativas del comportamiento de cada uno de los sujetos fueron constantemente absorbidas. Incluso, la igualdad de oportunidades se ha transmitido de manera que las ventajas se revierten a cada uno de los individuos y los riesgos de los errores del sujeto se asignan al conjunto. Mientras que la política social pierde su carácter subsidiario y su orientación a los más pobres en cada situación, se ha producido un fuerte debilitamiento de todos los atractivos para una autoafirmación, para unas mayores prestaciones y para una mayor predisposición al riesgo. Las tendencias a la rigidez se extienden cada vez más, lo que lleva consecuentemente a la inflexibilidad de la economía... El deseo de poder transferir los riesgos individuales, en esta medida, al conjunto de la Sociedad y asegurar, de esta manera, los niveles de bienestar, se ha demostrado como una ilusión».

La innovación y las tecnologías actuales y en general la economía del conocimiento¹⁵

¿Qué quiere decir sociedad y economía del conocimiento?; ¿la sociedad y la economía del conocimiento son tecnologías que permiten la innovación y mejorar la

sostenibilidad?; ¿no serán las personas y la forma de organizarse la condición previa para que su introducción suponga valor añadido y no mayor coste?; ¿no confundimos la tecnología que de ser un instrumento imprescindible pasa a ser un fin en sí misma?

¿Qué importancia pueden tener estas cuestiones para la sanidad y para la sociedad?; ¿qué base tiene hablar de profesionales del conocimiento?

¿La creatividad y el conocimiento son útiles para el problema de lograr presupuestos suficientes, o más bien son un problema?; ¿pueden sernos útiles el conocimiento, la creatividad y la innovación que conllevan para alcanzar el objetivo de unos recursos (que no presupuestos) suficientes?

La tecnología computacional ha creado nuevos sistemas expertos de decisión y nuevas vías de comunicación electrónica, cimientos de una sociedad global. Como afirma el Prof. Castells¹⁶, «...si la tecnología de la información es el equivalente histórico de lo que supuso la electricidad en la era industrial, en nuestro tiempo podríamos comparar a Internet con la red eléctrica y el motor eléctrico, dada su capacidad para distribuir el poder de la información por todos los ámbitos de la actividad humana».

El gran avance de la revolución tecnológica de la información y la comunicación suponen, al mismo tiempo, un gran reto para la sanidad como sistema de atención, pero también para el conjunto de disciplinas que atañen a las ciencias de la salud, implicando a profesionales y técnicos y jugando un papel básico para el paciente y el ciudadano. Así

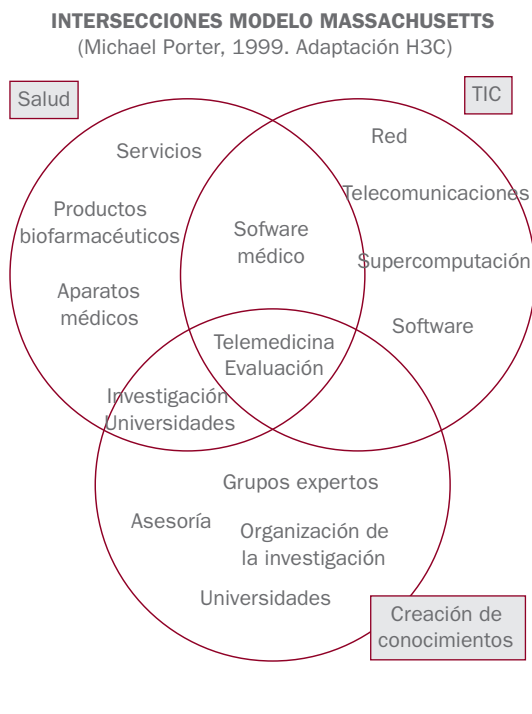


pues, nos encontramos con un nuevo sector emergente, el llamado *e-health*, relativo a la salud y el bienestar de las personas¹⁷. Este sector es básico para la calidad de vida, que se convierte en una importante intersección, siguiendo el diagrama de M. Porter¹⁸ de las sociedades prósperas, por las implicaciones económicas, sociales y políticas que este sector comporta¹⁹ (fig. 5).

También resulta relevante políticamente para el proceso de construcción europea. El Comisionado para la Sociedad de la Información de la UE establece que: «La protección de la salud de los ciudadanos europeos en el contexto de la sociedad de la información busca mejorar... por la vía de la generación de sistemas clínicos computarizados, servicios avanzados de telemedicina y aplicaciones de salud en red. Se ha puesto el énfasis en proveer de soporte a los profesionales de la salud, de continuidad a los cuidados, de sistemas inteligentes de gestión a los servicios de salud, permitiendo a los ciudadanos asumir una mayor participación y responsabilidad en su propia salud».

La figura 6 encuadra temporalmente lo que se comenta. Estamos ya en una nueva fase en la que la extensión de las tecnologías de la información y la comunicación y los logros en el campo de las tecnologías computacionales genera un enorme potencial de cambio en las formas en que hasta ahora hacíamos las cosas y en la forma de organización de que nos dotábamos para hacerlas. Muchas administraciones considerarán seriamente estrategias para la adecuación de sus sistemas sanitarios a esta nue-

FIGURA 5. Las intersecciones.

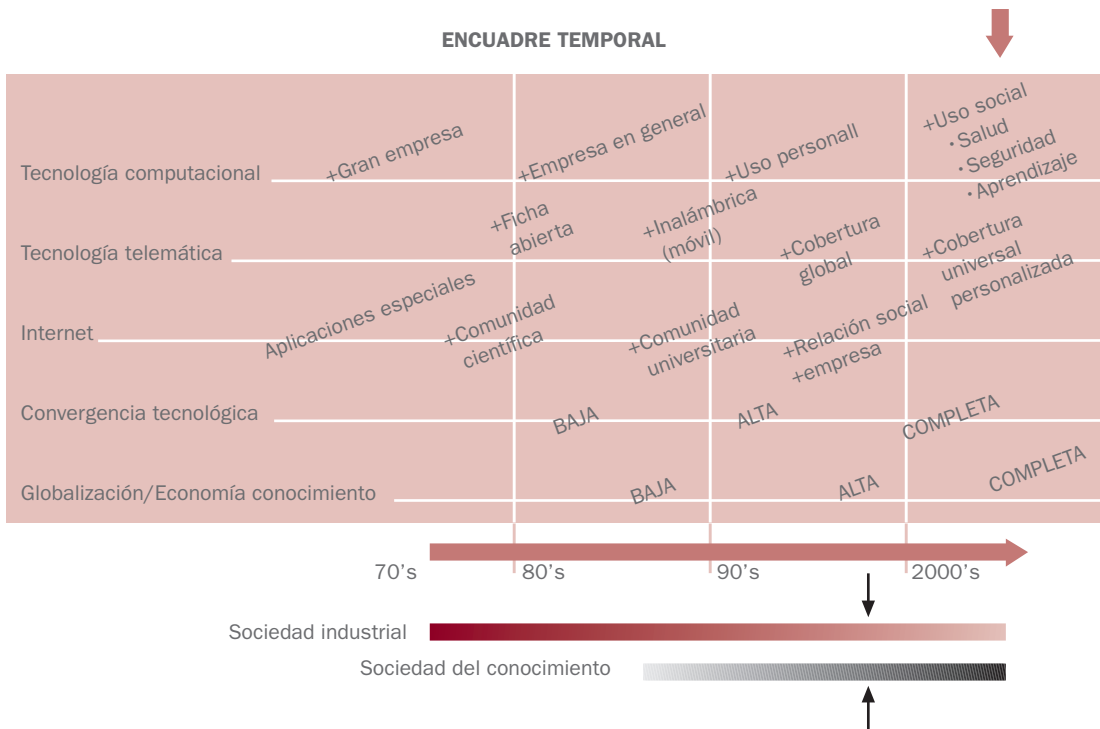


va realidad^{20,21}. Como ejemplos de potenciales cambios enumeramos los siguientes:

En relación a la información para el ciudadano. Por un lado la información direccional, es decir, la aplicación de las TIC a la coordinación global de los dispositivos bajo criterios de concentración de los conocimientos expertos y desconcentración progresiva de equipamientos y tecnología, y por otro lado la información decisional útil a la toma de decisiones, como los proyectos de integrar la información de los datos de salud individuales



FIGURA 6. El encuadre temporal de la revolución computacional.



Fuente: A. Gareli.

con sistemas expertos de manejo, concentración, distribución y utilización de datos.

En relación al conjunto de profesionales de la salud. Nos referimos a la simulación aplicada a la formación y el aprendizaje en ciencias de la salud (pacientes y/o robots simuladores, sistemas expertos, creación de sistemas de ayuda y soporte a las decisiones basadas en la simulación²²), que permiten la modificación de los procesos educativos y de

aprendizaje, así como a la construcción del *e-learning*.

En relación al desarrollo y la transferencia tecnológica²³. Todas las ramas de la tecnología computacional sirven para crear el puente de interrelación entre las disciplinas médicas y su aplicación a los procesos de atención. Por ejemplo: La Bioingeniería Médica como encuentro del conjunto de conocimientos de las ingenierías, la medicina y



otras disciplinas en una acción concertada, o la medicina computerizada y las disciplinas biomédicas que precisan sistemas expertos en computación (supercomputador en implementación) y también la integración computerizada de los medios diagnósticos biomédicos que permite ordenar los instrumentos básicos de las decisiones.

Planes de acción descendentes o ascendentes combinados

¿Los límites actuales de las estrategias de planificación, planes directores y estudios no acaban siendo el camino permanente para diagnosticar problemas que ya conocemos?; ¿cuál puede ser el papel de los diferentes agentes sociales en la acción de cambio para implantar soluciones?

La sostenibilidad de la sanidad no es sólo una preocupación económica, sino también política y social. Debe enfocarse superando la visión actual que aborda la cuestión como si la sanidad fuera indefectiblemente un sector de gasto y no un sector productivo potencial²⁴. Se impone, de hecho, ver cómo el sector de la biotecnología y la biomedicina conformará durante el siglo XXI, probablemente, uno de los sectores de más dinamismo económico en las sociedades desarrolladas.

El esfuerzo que está haciéndose para repensar mediante expertos el conjunto de medidas que podrían garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios induce a pensar en el juego del tres en raya. La planilla de este juego muestra diversos puntos es-

paciales y sabemos que si pretendiéramos juntarlos todos por un trazo continuo sin levantar el lápiz no resulta posible. Sólo es posible encontrando un punto externo desde el que se logra hacer el trazo único que una los puntos. El juego en sí mismo, sin el punto externo, hace imposible su solución.

Pensamos que estamos jugando a buscar el acertijo de la sostenibilidad de la sanidad (es decir, la equidad, eficacia, efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción) pensando desde la tradicional lógica de gestión basada en los recursos (medidas de financiación estatal, correcciones para el modelo propio, prioridades políticas dadas por los gobiernos, etc.), sin pensar en la movilización de los protagonistas: los profesionales, las organizaciones y los ciudadanos inmersos en una determinada cultura, que precisa modificarse. Como dice Oteo²⁵, la profesión médica gobierna el conocimiento esencial del sistema, asigna con total responsabilidad y discrecionalidad la mayor parte de los recursos del sistema sanitario. Algunos entendemos que es una profesión de profesiones y que ha de asumir un papel de liderazgo transformador sin precedentes. Este liderazgo debe traducirse en iniciativas que den identidad y credenciales a los nuevos roles de la profesión médica como consecuencia de las transformaciones sociales que estamos viviendo.

Consideraciones finales

La sostenibilidad no es una receta. Como bien dice el filósofo Ángel Castiñeira²⁶, el



paso del Estado de Bienestar a la Sociedad del Bienestar comporta un cambio de acento importante que sólo pueden asumir sociedades civiles fuertes que no se resignen a una visión paternalista «asistencialista», administraciones con unas culturas políticas que hayan sabido interiorizar procesos de descentralización y de cesión o de compartir soberanía, y mercados maduros que reconozcan y practiquen la responsabilidad social de sus empresas. Sólo desde esta triple asunción tiene sentido volver a plantearse quién ha de financiar los recursos, quién ha de prestar los servicios y a través de qué canales institucionales han de concertarse las políticas de bienestar social. Una nueva cultura de la negociación y la cooperación se superpone hoy a la ya (para algunos) vieja cultura de gestión».

Copiar bien, mejor que inventar la rueda. ¿Por qué decir de nuevo lo que otros ya han dicho y mejor? La evolución de los modelos de reforma que el mundo desarrollado está aplicando M. Porter los ha sintetizado en la tabla publicada en su artículo de junio 2004, en Harvard Business Review²⁷:

- Gestionar «el talento de las personas» más allá de gestionar presupuestos de personal.
- Visión de conjunto del sistema y los subsistemas. Debería actuarse sobre el todo y no sólo sobre una parte, viendo a los sistemas sanitarios como el bastión más importante para un nuevo concepto de las políticas sociales.
- Ver el mundo global y en estrecha inter-

dependencia con la Unión Europea. Una buena referencia para enmarcar la trayectoria de nuestro sistema sanitario es recordar la evolución del propio National Health Service británico. Parece adecuado, para ello, citar el trabajo de análisis que hace Salter²⁸ sobre este sistema, decano de los sistemas sanitarios europeos. Entre otras cosas dice:

«Mientras los valores del estado de bienestar mantengan su hegemonía y excluyan el reconocimiento público de que se trata de un problema de derechos, de demanda, los partidos políticos se verán impotentes para orientar esta cuestión y estarán obligados, como siempre, a confiar en la beneficencia de la profesión médica».

Referencias bibliográficas

1. The economist. The health of nations. Survey: health-care finance. *The Economist* jul. 15th 2004.
2. Morin E. *La tête bien faite*. Paris: Editions du Seuil, 1999. (*Tenir el cap clar*. Barcelona: Edicions La Campana, 2001; 23-29.)
3. Robinson JC. *The corporate Practice of Medicine. Competition and Innovation in Health Care*. Berkeley: The University of California Press, 1999.
4. Heifetz RA. *Liderazgo sin respuestas fáciles*. Barcelona: Paidós. Estado y Sociedad, 1997; 121-129.
5. Morin E. *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Los principios de un conocimiento pertinente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2001; 50-57.
6. Sanguesa R. *Tecnocultura de la innovació*. Editado por Cercle per al Coneixement. <http://www.cperc.net>.
7. Sala M. *De la jerarquía a la responsabilidad. El caso de Renfe*. Madrid: Fundación de los Ferrocarriles Españoles. 2000; 56-58.



8. Drucker P. *Drucker esencial*. Barcelona: Edhasa, 2003; 69-74.
9. Lobo F. Algunos criterios para gobernar el gasto sanitario. Los costes de la sanidad. Diario La Vanguardia, 19 diciembre 2004.
10. Perrow Ch. *Complex Organizations: A Critical Essay*. 3rd ed. 1986; 24-26.
11. Bryan Sexton J, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress and team work in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745-9.
12. Roma J. Cruzando el abismo de la calidad. *Revista Rol de Enfermería* 2004;27(7-8):22-30.
13. Institut of Medicine. *The error is human: Building a safer Health System. Shaping the Future for Health*. 1999; 2-3.
14. Generalitat de Catalunya. *L' Estat del Benestar*. Barcelona: Departament de Presidència, 1996; 32-34.
15. Garrell A, Monràs P, Sardá S, Farrés A. La societat del coneixement. Una oportunitat per a Catalunya. Reptes i instruments. Barcelona: Edicions Cercle per al Coneixement, 2002. <http://www.cperc.net>.
16. Castells M. *La Galaxia Internet*. Barcelona: Plaza y Janés, 2001; 15-16.
17. Oriol Bosch A. *Sanidad en un mundo digital*. Barcelona: Gestión 2000.com, 2003; 34-36.
18. Porter M. *Ser competitivo. Nuevas aportaciones y conclusiones*. Bilbao: Ed. Deusto, 1999.
19. Editorial. The health care economy. *Newsweek* Issue 3796, august 19-26, 2002.
20. La década de la Tecnología de la información para la salud. Por una atención sanitaria plenamente informatizada y centrada en el consumidor. <http://www.whhs.gov.onchit/framework>.
21. Friedman M. How to Cure Health Care. *Ars Medica. Revista de Humanidades* 2003;1:80-102.
22. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-based Medical Education: An Ethical Imperative. *Acad Med* 2003;78 (8).
23. Acebillo J, Artells JJ. *La biomedicina como factor de creación de valor y crecimiento económico*. Barcelona: Fundació Salut Innovació i Societat, 2004.
24. Moreu F, Ibern P, Portella E, Vicente R, Farrés J, Elvira D. La sostenibilitat econòmica del sistema sanitari. *Annals de Medicina* 2004;87 (4).
25. Oteo JA. Entrevista en *Organización Médica Colegial*. Diciembre 2004.
26. Castiñeira A. *Catalunya com a projecte*. Barcelona: Ed. Proa, 2000.
27. Porter M, Olmsted Teisberg E. Redefining Competition in Health care. *Harward Business Review* June 2004: 64-76.
28. Salter B. *The Politics of Change in the Health Service*. London: MacMillan Press Ltd., 1998: (9)209-222.



LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES MÉDICAS EN ESPAÑA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS (LOPS)

JAUME AUBIA

Médico. Ex-Director General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo español. Madrid (España).

Introducción

Las definiciones de profesión son múltiples y, dependiendo de cada contexto en el que se usen, pueden expresar realidades diversas: desde un concepto absolutamente equivalente a puesto de trabajo u ocupación cualquiera que sea su ámbito, hasta el concepto más concreto y exigente desarrollado por Freidson^{1, 2} en su obra y cuyo contenido doctrinal y teórico desarrolla J. J. Cohen en otro capítulo de esta monografía.

Especialista en Medicina Interna y en Nefrología. Profesor Titular de Nefrología en la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha sido Vicepresidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (1986-2002), Director General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad desde 2002 a 2004, miembro del "Consell Català d'Espécialitats en Ciències de la Salut" (1998-2002) y redactor del Libro Blanco sobre Competencias de las Profesionales Sanitarias (IES, 2002) y del proyecto del Libro Blanco de las Profesionales Sanitarias.

Autor de 117 artículos científicos en revistas indexadas, 45 publicados en revistas internacionales, de 6 libros y de 161 comunicaciones en Congresos, 42 internacionales.

En nuestro país, el concepto de profesión en sus términos modernos ya ha sido en cierta forma incorporado al ordenamiento jurídico. En su exposición de motivos la LOPS dice: «*El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad autoorganizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones*». Formación superior, autoexigencia y autonomía en la definición de su trabajo son pues los tres elementos esenciales que configuran una profesión como la médica y que, como se desarrolla también en otros trabajos de esta monografía, son los elementos básicos sobre los que cabe esperar que se pueda construir el proceso de reforma, transformación y corresponsabilidad que los sistemas sanitarios actuales necesitan emprender.



Las tensiones en relación con la sostenibilidad están presentes y son similares en todos los sistemas sanitarios, más allá de que sean más o menos públicos o más o menos privados, y más allá de la eficiencia relativa de cada uno de ellos. Todas las fórmulas previsibles, se inscriban en las reformas que sean, afirman que se debe contar con las actitudes y complicidades de los médicos y de los otros profesionales para conseguir algún resultado. La apelación, pues, a la necesidad de contar con las actitudes de los médicos es prácticamente un discurso universal.

La sanidad está expuesta a un proceso continuo de cambio social que modifica y diversifica los valores y las expectativas sociales respecto a la práctica de la medicina.

Los fenómenos sociales que caracterizan el cambio social en la sanidad han sido recogidos por diversos autores. En especial en un trabajo de A. Jovell³, que los resume en: el aumento de la longevidad, la disminución de la natalidad, la inmigración, el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, un patrón crecientemente comórbido de las enfermedades, la rapidez del progreso científico, la intensidad del cambio tecnológico, la globalización de la economía, la judicialización de la práctica médica, la mayor presencia de la sanidad en los medios de comunicación, la aparición de un usuario informado, la desintermediación y el acceso inmediato y universal a la información y al conocimiento.

Las consecuencias de estos cambios incluyen: un aumento de la complejidad asistencial, un incremento de la incertidumbre de la práctica clínica, una mayor tendencia a la su-

bespecialización y, particularmente acuciante, el problema de la sostenibilidad económica a largo plazo del propio sistema sanitario.

El ejercicio efectivo y satisfactorio de las profesiones sanitarias en este contexto de cambio social implica tener en cuenta los valores asociados a la profesión y respetar los valores propios, así como los del sistema sanitario y los de los pacientes.

En el profesionalismo, especialmente en el nuevo profesionalismo que ha emergido en estos últimos años, además de los valores propios y nucleares de la competencia técnica, se incluyen también los valores humanísticos, de la confianza mutua, la autonomía, la deliberación con el paciente, la rendición de cuentas, el altruismo, la compasión, el compromiso de servicio, la autorregulación y la responsabilidad social^{4,5}.

El profesionalismo es un movimiento creciente de los profesionales en los países occidentales -en España ha sido comentado por diversos autores^{6,7}- que ofrece exigencia en la práctica de estos valores y busca reconocimiento para el que los cumple en este momento histórico en que la sanidad está entrando en un cambio decisivo.

El reconocimiento público, social y legal del valor del conocimiento específico, acreditado por las titulaciones correspondientes, y el reconocimiento de la autonomía en el control del trabajo profesional deben acompañarse de la exigencia de un elevado espíritu altruista.

La exigencia que tanto se expresa en la forma de autoexigencia como de exigencia social en el propio sistema sanitario y de exi-



gencia colectiva. Este espíritu altruista no significa que los profesionales no quieran o no deban recibir contraprestación por sus servicios, sino que el interés propio nunca deberá anteponerse al del ciudadano-paciente que solicita o recibe sus servicios. En el cumplimiento de este servicio el profesional debe exhibir conductas que expresen una ética profesional cuyo rigor es superior a lo exigible a la población general y por las leyes y reglamentos laborales generales. Conductas que exigen discreción, compromiso, empatía, honestidad, excelencia en la provisión del servicio, etc.

El médico del futuro debería tener los valores del profesionalismo como modelo de referencia. Esto implicará la adopción de comportamientos y actividades que caracterizan la buena práctica médica y que deberán ser reacreditados de forma periódica. El profesionalismo también supone la asunción de un nuevo modelo de formación y aprendizaje.

El nuevo contrato social entre profesión médica y sociedad

El profesionalismo busca articular un nuevo contrato social implícito entre los profesionales y la sociedad, basado en el reconocimiento y la valoración social de alto nivel que la sociedad hace de sus tareas profesionales.

El concepto de nuevo profesionalismo y de su necesidad como elemento doctrinal en los mecanismos de cambio profundo en el sistema sanitario estaba presente en el momento en

que el Ministerio de Sanidad y Consumo empezó a plantearse la necesidad de una Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias. En realidad este objetivo fue uno de sus motivos. La LOPS quiere inducir cambios en el propio sistema sanitario para permitir que los valores del profesionalismo impregnen el desarrollo de todo el sistema en el futuro inmediato.

El profesionalismo es la respuesta a un reto: hacer más explícito el contrato social de la profesión médica con la sociedad. Esto sólo será posible con un desarrollo en tándem de dos principios: más autonomía profesional y más responsabilidad. Una responsabilidad más explícita y transparente en sus resultados. La LOPS exige y promueve estos principios.

La LOPS es una ley que va a ayudar a planificar el futuro, a adelantarnos a los problemas y que debe permitir disponer de nuevos instrumentos para resolverlos a tiempo.

Para que estos cambios se aceleren, para que se den las condiciones para su desarrollo, para que tengan lugar se propone:

- 1.- Reconocimiento legal a la excelencia en un sistema de desarrollo profesional homologable.
- 2.- Evaluación periódica y voluntaria de las prácticas profesionales.
- 3.- Impulso de un nuevo modelo de formación y aprendizaje, con cambios en el pregrado para que se introduzcan en el sistema formativo las metodologías y los instrumentos que permitan mejorar la competencia humanística y ayuden a reforzar los componentes éticos de estas formaciones.



4.- Con cambios en el sistema de especialización que, al mismo tiempo que atienden a las necesidades de subespecialización, puedan evitar los peligros del fraccionamiento excesivo y los conflictos interprofesionales.

5.- Consideración de la evaluación (de resultados asistenciales y de los procesos formativos y aprendizajes) como el elemento central en los mecanismos de promoción, superando la simple titulación y la antigüedad como referentes en los procesos de promoción profesional y laboral.

En resumen, La LOPS promueve: una mayor transparencia en la rendición de cuentas, un mayor valor del humanismo en la medicina y un mayor reconocimiento por parte del sistema sanitario al esfuerzo y al mérito. Objetivos todos ellos coincidentes con los objetivos del profesionalismo y con el movimiento internacional que pretende renovar los valores y las bases sobre los que los sistemas sanitarios pueden seguir mejorando.

En este trabajo pretendo explicar primero cómo el articulado de la LOPS atiende a estos conceptos de forma sistemática y extenderme algo, después, en describir cómo los diversos agentes y organizaciones de los profesionales y las propias organizaciones sanitarias deberían comprometerse con estos valores promoviendo y tomando iniciativas para conseguir un desarrollo de la ley coherente con estos principios, y prever cómo se podrían impulsar estos cambios más allá del desarrollo normativo de dicha Ley.

Los 10 elementos del nuevo profesionalismo en el articulado de la LOPS

Quizás en el contexto de esta monografía no debería ser necesario justificar el porqué de la pretensión «ideológica» y doctrinal de la Ley en este punto. En realidad podría haber sido mucho menos comprometida. El contenido de la Ley debía centrarse en regular las condiciones de ejercicio en los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garantizaran la formación básica, práctica y clínica de los profesionales. Y podía no haber ido más allá.

Sin embargo, la LOPS asume muchos de los conceptos básicos de una forma determinada de ejercer la profesión sanitaria, y específicamente la profesión médica, y promueve -exige- que este ejercicio se realice conforme a ciertos principios que son precisamente los principios y valores del profesionalismo. Ello puede significar que alguien pueda criticarlo porque se aparta en ciertos aspectos de los valores muy a menudo hegemónicos en nuestro sistema legislativo en materia de sanidad, que son los de la función pública -valores administrativos- y recientemente los valores económicos prestados de la gestión industrial: productividad, negociación colectiva, etc.

Los conceptos básicos son: primero, **autonomía profesional**. En el artículo 4.7 se dice:

«El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta Ley y por los demás



principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes requerimientos:

Existirá formalización escrita de su trabajo [.....].

Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial, definidos sobre la base de criterios de evidencia científica disponible. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

La eficacia organizativa de las Unidades, Servicios, Secciones y Equipos requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno [...].

La continuidad asistencial de los pacientes[...].

La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

En suma, autonomía profesional limitada sólo por el cumplimiento de ciertas normas y procedimientos que deben permitir el registro y la evaluación de un trabajo profesional que puede ser evaluado y que debe ser realizado en equipo y bajo los principios de **multidisciplinariedad** y continuidad asistencial.

El segundo elemento básico en la LOPS es un tándem de principios básicos en la formulación del profesionalismo y del contrato social implícito que éste defiende. Se establece

ce la **disponibilidad del profesional a ser evaluado** en sus competencias como un principio básico (Art. 6.2: «*Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional...*»). Al mismo tiempo, se establece en el Capítulo III un sistema de **reconocimiento público del mérito**: el desarrollo profesional. Un sistema de reconocimiento cuyo despliegue normativo se hace obligatorio para los sistemas autonómicos de salud en un período máximo de tiempo.

En suma, exigencia de que el profesional se demuestre competente y de que el sistema sanitario reconozca de forma individual el esfuerzo y lo premie de forma adecuada.

El tercer tándem lo constituyen los cambios curriculares y formativos. La LOPS exige, también con unos plazos claros, que las facultades de Medicina cambien sus currícula bajo la premisa de que los licenciados que quieran acceder al sistema de formación especializada MIR -en la práctica que quieran ejercer la profesión en el futuro- deberán demostrar no sólo conocimientos, sino también habilidades, y especialmente se refiere a las **habilidades comunicativas**. Este elemento de la capacidad/habilidad comunicativa debe situarse en el centro de la recuperación de los valores humanísticos que la profesión médica necesita para recuperar la valoración social que siempre ha tenido y que empieza a desdibujarse bajo el imperio de la tecnología y del consumismo sanitario.

En la última encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), nuestros



ciudadanos expresan con suficiente precisión que están satisfechos con nuestro sistema sanitario, con el grado de eficacia del mismo. Pero si en algún aspecto creen que cabe mejorar es, precisamente, en éste de la calidad de las relaciones humanas.

Junto a los cambios curriculares en el pregrado, se introduce en nuestro marco legal el concepto de que la **formación continuada** del médico es un deber del propio médico, que al mismo tiempo tiene el derecho de recibirla, abriendo la puerta a la difusión de la formación continuada a todos los médicos de nuestro sistema sanitario. Formación continuada que forma parte del sistema de desarrollo profesional y que deberá ser sistematizada, evaluada y acreditada de forma independiente. Además se expresa que son objetivos de la formación continuada no sólo garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, sino también:

Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.

Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del Sistema Sanitario.

Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social como agentes individuales en un sistema general de atención a la salud y de las exigencias éticas que ello comporta.

Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

En la Ley se introducen asimismo una serie de cambios que deben generar efectos potenciadores de aquellos elementos que fomentan la responsabilidad individual. Se establece un tándem entre una nueva **flexibilidad** y una mayor exigencia de evaluación en los sistemas formativos y de especialización. Se han introducido cambios sustanciales en el sistema MIR a través de la troncalidad, las áreas de capacitación específica y los programas pasarela entre especialidades de la misma troncalidad, cuyo objetivo general es que generen una mayor capacidad individual para adaptar la propia carrera a los cambios científicos, a los cambios en las necesidades de especialistas, o a las iniciativas individuales que vayan apareciendo a lo largo de la biografía de un profesional. Pero, al mismo tiempo, se establece la obligatoriedad de evaluación explícita a través de un sistema de **evaluación de competencia** en cada uno de estos pasos y específicamente al final de la especialización. Más flexibilidad y más rendimiento de cuentas.

En la LOPS se hace también un planteamiento explícito de compromiso bilateral entre médicos y organizaciones sanitarias y sus gestores. Compromiso que se basa en que al médico van a serle reconocidas sus funciones en la organización y en la **gestión clínica**, que hasta ahora ni han estado reconocidas ni en general muy valoradas por parte de los profesionales. Y que a cambio él



debe comprometerse con los objetivos de la propia organización en la que trabaja y con las del conjunto del sistema sanitario, incluyendo las necesidades de rehumanización de la asistencia, la atención a la comunicación, la limitación de la publicidad, etc.

En resumen, la organización (hospital, área de salud, etc.) debe mostrar una mayor consideración para el individuo y su trabajo, y los individuos estar más comprometidos con la organización y con el trabajo en equipo.

El verdadero espíritu de la LOPS es también ceder responsabilidades de **autoorganización** a los profesionales, al mismo tiempo que se les exige mayor transparencia. Se deja en manos de los profesionales, de forma mayoritaria o total, los procesos de formación continuada y de desarrollo profesional, la determinación de los programnas formativos o las características de las pruebas de evaluación. Pero al mismo tiempo se exige la existencia de registros de estos procesos, su accesibilidad y su homologación por parte de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Se exige, por tanto, la **transparencia** a cambio de esta «devolución» de competencias a las organizaciones profesionales y científicas de los propios profesionales.

Las organizaciones profesionales

Una vez puesta en marcha la Ley, parece claro que, para hacer realidad la reforma que la LOPS va a promover, el papel de las organizaciones profesionales debe cambiar de

forma radical, y que estas organizaciones deberían hacer esfuerzos para liderar las propuestas de este nuevo pacto entre los médicos y la sociedad. Para ello es preciso que se tenga claro que se deben abandonar los viejos modelos de organización defensiva y demasiado a menudo autorreferencial que hasta ahora hemos tenido.

Colegios, universidades, sociedades científicas y sindicatos deberían ser capaces de aprovechar todo el potencial de cambio positivo que el nuevo marco legal ofrece, para producir en el interior de sus propias organizaciones cambios en profundidad en sus objetivos, en sus métodos de trabajo y, sobre todo, en los valores que los sustentan y les dan legitimidad social.

Colegios

En el ideario del profesionalismo se incluye un fuerte componente de compromiso colectivo. Compromiso con ciertos valores ligados al ejercicio de cada profesión. Este compromiso se articula a través de la existencia de un ideario común, un diálogo entre pares para su expresión y adaptación constante, y su articulación a través de la existencia de organizaciones de profesionales a través de las cuales la práctica de estos valores se manifieste como una exigencia. En España, esta organización profesional es, desde el punto de vista legal vigente, el colegio profesional. Quizás desde una perspectiva realista deberíamos aceptar que esta organización «debería ser» o «debería haber



sido» el colegio profesional. Los colegios deberían encarnar esta organización autoexigente y liderar el diálogo con la sociedad para el nuevo contrato implícito. Creo que no es difícil de aceptar que, con alguna excepción, hasta ahora no lo han hecho. O al menos hemos de aceptar que hasta ahora los colegios no son percibidos como una organización con estas características ni por la sociedad ni por los propios colegiados.

Sin embargo, ninguna otra organización de profesionales puede asumir tan claramente esta función actualmente como los colegios. Ni desde el punto de vista legal, ni desde el punto de vista conceptual.

La LOPS no es una ley que pretenda determinar en ningún sentido, ni favorable ni desfavorable, la existencia o las funciones de los colegios profesionales en España. El debate legal sobre la obligatoriedad de colegiación de los médicos y el subyacente conflicto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas para determinar o eximir de dicha obligatoriedad, sigue sin resolverse a la espera del pronunciamiento del Tribunal Constitucional.

En el curso de la tramitación de la LOPS se produjeron posicionamientos políticos encontrados respecto a los colegios, que se concretaban en polemizar sobre ciertos aspectos muy periféricos del contenido de la ley, cuando en ella se habla de los registros públicos de profesionales. En concreto se debatía sobre si la exigencia explícita de transparencia y de determinación de ciertos contenidos obligatorios en los registros colegiales, que la ley define, representaba de alguna

forma un reconocimiento implícito a la existencia de los colegios como entidad registradora de los profesionales. Un debate muy lejano al núcleo de la cuestión de cómo promover los cambios legislativos y organizativos para hacer posibles, creíbles y operativos los mecanismos de autoexigencia, autoorganización y garantía social que el ideario del profesionalismo propone.

Quizás pueda llegar pronto el momento para dicho debate. Una propuesta que incluyese una delegación de competencias disciplinarias y rehabilitadoras más explícita desde las administraciones públicas a los colegios, con una exigencia asociada de mayor transparencia en los procedimientos, dando cuenta pública de sus resultados, y con la participación articulada de la sociedad y de los otros agentes sanitarios en estas funciones podría representar un paso adelante en este debate. Por el contrario, la anulación de la obligatoriedad de colegiación, bajo el argumento de que los colegios no han cumplido, o bajo la pretensión de que sea la propia administración sanitaria y sus gestores los que ahora van a realizar estas funciones, no sólo no va a ayudar a avanzar, sino que es un camino erróneo que sólo lleva a la desresponsabilización individual y a la desconfianza social inherentes a todo intervencionismo del Estado sea sobre los individuos, los colectivos, o las profesiones. La anulación de los colegios al fin va a demostrarse estéril, como lo fue en el pasado en otros países y en otros regímenes ideológicos. Se precisa su reforma, pero no su debilitamiento.



Si las profesiones no tienen representación sólida y bien articulada, van a crecer en su seno las tentaciones aislacionistas y defensivas y van a encontrarse los conflictos de competencias entre profesiones y entre subgrupos de especialistas dentro de las mismas. La LOPS prevé la existencia de algunos nuevos organismos y mecanismos para hacer que el diálogo interprofesional sea más eficaz, y para que sea posible la multidisciplinariedad y la autoorganización profesional. La transformación de los Consejos Nacionales de Especialidad para cada profesión en un Consejo Nacional de las Especialidades Sanitarias, o la creación de La Comisión Profesional Consultiva por la Ley de Cohesión y desarrollada en la LOPS, serían ejemplos de este nuevo marco en el que se pretende crear un foro de diálogo en el que se diriman las tensiones y se acuerden los ámbitos de colaboración entre profesiones. Si las propias profesiones no consiguen este diálogo y estos acuerdos, nadie va a poder hacerlo en su nombre. La normativización detallada de límites y procedimientos, que podría haber sido una tentación en los años 70 y 80, hoy no haría más que paralizar el desarrollo de las profesiones y sería inaplicable en un contexto de globalización como el que estamos viviendo.

Sociedades científicas

En nuestro sistema organizativo, las sociedades científicas asumen hoy el núcleo esencial de lo que la profesión representa:

definir lo que son los contenidos técnicos y científicos de las especialidades que conforman el colectivo profesional. Definir estos contenidos es al mismo tiempo definir su progreso, y sus límites, sus riesgos y las promesas u objetivos de su desarrollo. Esta función de las Sociedades se realiza bajo el paradigma más sólido de lo que se entiende por profesión, ya que es el resultado tanto de los esfuerzos individuales de los más capaces que innovan, se arriesgan y logran avances, como de los esfuerzos y métodos colectivos y de la organización de los medios que permiten la transmisión del conocimiento de unos a otros miembros del colectivo: revistas, páginas web, sesiones, congresos, etc.

En algunos países anglosajones, con organizaciones jurídicas y sociales muy diferentes de la nuestra, son estas organizaciones científicas las que de facto asumen el papel de garante social de la competencia de sus miembros. Sin la pertenencia a una «Society», o lo que comporta -la evaluación ante unos «Boards» fuertemente influidos por las Sociedades-, los médicos en la práctica no pueden ejercer su profesión más que en ámbitos excéntricos, a pesar de la inexistencia legal de obligatoriedad general de afiliación a las mismas. En nuestro sistema legal, las sociedades científicas son asociaciones de derecho privado, asimiladas por tanto a cualquier asociación voluntaria, lo que las hace poco idóneas para obtener una representación social que sea realmente operativa. Basta con sólo recordar cómo los profesionales pertenecientes a una especialidad se agrupan hoy de forma repartida, y no siempre amis-



tosa, en hasta seis sociedades científicas diferentes.

En la LOPS se otorga a las sociedades científicas unos roles amplios en lo tocante a autoorganización de los profesionales y a determinación de cuáles son los contenidos de cada especialidad a través de la confección y actualización tanto de los programas de especialización, y de las áreas de capacitación específica, como de los contenidos de las pruebas de evaluación de profesionales y de centros docentes.

Hay dos grandes ámbitos en los que la contribución de las sociedades científicas debería ser determinante *del nuevo papel* del profesional en la definición de sus ámbitos de organización del trabajo y de cómo se realiza su promoción: la formación continuada y el sistema de desarrollo profesional. En ambos la LOPS concreta su participación, por ejemplo incorporando una representación a la Comisión de Formación Continuada.

«La Comisión incorporará también representación de los Colegios Profesionales, de las Universidades, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de las Sociedades Científicas...».

Cuando la LOPS determina que las Administraciones pueden delegar sus funciones en lo tocante a formación continuada en las organizaciones de los profesionales, hace una afirmación que es muy relevante respecto a las limitaciones formales de las Sociedades, por cuanto esta delegación debe limitarse a las organizaciones y corporaciones de

derecho público. La solución, que en el caso de los médicos se encontró a través de SEAFORMEC⁸, de integrar en la organización de la formación continuada a las sociedades científicas y a la universidad junto con los colegios es una solución impecable y una muestra del camino que se puede seguir para una implicación de las sociedades en otras funciones que los colegios hoy realizan, o deberían realizar.

El segundo ámbito es el del desarrollo profesional. La LOPS, aprobada y tramitada en práctica simultaneidad con la Ley del Estatuto Marco, hace una distinción diáfana entre un sistema de evaluación y reconocimiento del mérito y del esfuerzo que se desarrolla en la LOPS bajo el epígrafe de Desarrollo Profesional, y un sistema de promoción y retribución que recibe el nombre de Carrera Profesional en el Estatuto.

Es bastante obvio que el reconocimiento de los grados de desarrollo profesional debería tener una traducción económica si se quiere que su obtención represente para el profesional un reconocimiento real por parte del sistema sanitario público. En la LOPS se determina que los contenidos económicos de los efectos que el desarrollo profesional pueda tener sobre la carrera profesional deberán inscribirse en el sistema general de negociación salarial y que, por tanto, corresponde a la Administración (patronal) y a los sindicatos su negociación en estos términos económicos. Sin embargo, esta afirmación deja igualmente claro que los contenidos de la evaluación que se debe realizar para determinar los grados de desarro-



llo profesional no están en este ámbito de negociación sindical sino en el ámbito de la autoorganización profesional. Se dice en el artículo 39 d) que *«La evaluación se llevará a cabo por un Comité específico creado en cada Centro o Institución. El Comité estará integrado, en su mayoría, por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, y habrá de garantizarse la participación en el mismo de representantes del Servicio o Unidad de pertenencia del profesional evaluado, así como de evaluadores externos designados por Agencias de Calidad o Sociedades Científicas de su ámbito de competencia»*.

Si en esta Ley no se pudo ir más allá y otorgar esta competencia evaluadora de forma más explícita y directa a las sociedades científicas, tanto en lo que se refiere a desarrollo profesional como en los procesos evaluadores después de la especialización o a la acreditación avanzada, fue porque hasta ahora muy pocas de esas sociedades habían desarrollado de forma sólida las metodologías y contenidos de evaluación de la competencia. Pero la puerta legislativa está abierta a que se cuente con las dichas sociedades para estas funciones. La responsabilidad de las sociedades es ahora aprovechar estas oportunidades legales y realizar con rapidez los esfuerzos necesarios para dotarse de estos nuevos instrumentos que les permitan hacerse cargo con garantías de estas funciones evaluadoras. De la misma manera que la revista, el congreso, o la web han sido instrumentos decisivos para la eficacia de las sociedades, ahora es el momento de desarro-

llar metodologías de evaluación y de implementarlas de acuerdo con el nuevo marco legal.

Sindicatos

En la formulación que el nuevo profesionalismo hace del contrato social implícito hay un claro componente de autoexigencia, transparencia, disponibilidad a ser evaluado, autonomía de decisión, respeto a la dignidad del paciente, excelencia científica, abnegación, compromiso para la multidisciplinariedad y para asumir los objetivos del sistema sanitario en el que se trabaja, etc. Es decir, una oferta a la sociedad para que mantenga la confianza social en la profesión. Y a cambio, implícita y explícitamente, se requiere que la sociedad reconozca a la profesión ciertos «privilegios» que van más allá de la simple retribución justa por un trabajo. En realidad, en todos los países, y desafortunada y dolorosamente con mayor intensidad en el nuestro, lo que subyace en esta formulación es que no sólo no existen tales «privilegios», sino que a menudo el médico ni consigue vivir como satisfactoria «la justa retribución» que consigue por un trabajo de alto nivel de complejidad y responsabilidad.

La existencia de una (o varias) organizaciones sindicales es una necesidad innegable para los médicos y para las otras profesiones sanitarias. Sus funciones de defensa de unas condiciones laborales y retributivas mejores son hoy más necesarias que nunca. Ya hemos mencionado cómo en la LOPS se cita ex-



plicítamente a los sindicatos cuando se refiere a los procesos de negociación económica retributiva. Para la profesión se trata de hacer compatible una negociación salarial justa y equitativa, utilizando los instrumentos y organizaciones legalmente competentes, con la existencia al mismo tiempo de todos los demás componentes del nuevo profesionalismo. Se trata de no abandonar los objetivos de buscar nuevas formas de relación no laboral entre médicos y sistema sanitario público. Se trata de no caer en el reduccionismo de aceptar que toda negociación «profesión/sociedad» se reduce a la negociación sindical y colectiva, pero, al mismo tiempo, no ceder a la tentación elitista de creer que los intereses individuales pueden ser defendidos mejor sin comprometerse con los demás y por tanto con la existencia de una organización colectiva con los otros profesionales. Retos tan importantes como la nueva organización de los tiempos de trabajo de los médicos, y aún más el de los médicos en formación, retos como la contención del gasto sanitario o la litigiosidad médica, van a requerir pactos explícitos entre profesión y sociedad.

Hoy ni colegios, ni sindicatos, ni sociedades pueden asumir por sí solos, o en solitario, el ideario del profesionalismo en aquello que tiene de camino hacia la mejora de las condiciones de trabajo y de ejercicio profesional. Tampoco ninguna de estas organizaciones tiene en sus manos todos los instrumentos para desarrollarlo y para negociar

con la sociedad su implementación. Sin embargo, se ha abierto en España un nuevo marco legal en el que todos pueden dar pasos hacia estos objetivos, si saben coordinar sus esfuerzos, abandonar ciertas actitudes y resistencias, y dialogar más abiertamente tanto con la sociedad como con sus propios miembros.

Referencias bibliográficas

1. Freidson E. *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: University of Chicago Press, 2001.
2. Freidson E. *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
3. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. <http://www.fbjoseplaporte.org>
4. Medical Professionalism in the New Millennium. A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP Foundation, European Federation of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2002;136:243-246.
5. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millenium: a physicians' charter. *Lancet* 2002;359:520-22.
6. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica* 2003;6:63-80.
7. 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.
8. Pardell, H. El Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica (Seaformec). En: *Proceso de Acreditación de la Formación Médica Continuada en España*. Barcelona: Ediciones Mayo, 2003; 59-64.



PROFESIONALISMO Y ASOCIACIONES PROFESIONALES EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

ALEJANDRO CRAVIOTO

*Profesor de Microbiología y Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México D.F. (México).*

Introducción

Según Federman¹, la definición más citada de *profesión* es la propuesta por el juez Louis Brandeis, quien la describe a través de los siguientes atributos: estar basada en un cuerpo especializado de conocimientos en manos exclusivas de quienes la practican; ser utilizada en beneficio de otros sin ganancia personal para el que la profesa; y que, como resultado de las dos premisas anteriores, los que la ejercen obtienen una gran autonomía en su capacidad para tomar decisiones y autorregularse. Federman¹ agrega que la práctica de una profesión debe estar guiada en todas sus acciones por un imperativo moral y que, en el caso de la medicina, la llegada de un nuevo milenio obliga a reexaminar cada uno de estos aspectos.

El Dr. Alejandro Cravioto es especialista en Pediatría y Salud Pública. Durante 8 años (1995-2002) fue Decano de la Facultad de Medicina de la UNAM. Es Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de México y de la Academia Mexicana de Ciencias.

Actualmente es, además, Presidente de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.

Mientras que durante la primera mitad del siglo XX la profesión médica gozó de gran estima dentro de la comunidad, a partir de 1970 comienzan a aparecer severas críticas ante la falta aparente de una regulación interna y externa de la profesión. Los médicos que hasta esa fecha habían sido apreciados como éticos y capaces se convirtieron de pronto en un grupo altamente cuestionado que parecía haber olvidado sus principios fundamentales y estar más interesado en su beneficio propio que en la población a la que debía servir^{2,3}. Aunque estos aspectos fueron más evidentes en los Estados Unidos de Norteamérica, el resto de los países del continente americano se vieron afectados por situaciones similares. Ante una población más educada y con mayor capacidad para exigir sus derechos, se han tenido que realizar grandes cambios en la práctica de la medicina y en los aspectos profesionales y legales que la sustentan. Los gobiernos de varios países latinoamericanos han aprobado nuevas leyes que van desde considerar el derecho a la salud como una garantía constitucional⁴, hasta otras relacionadas con



reformas estructurales de los sistemas de salud y de su financiamiento⁵.

En el presente trabajo se va a tratar de ofrecer una perspectiva histórica de los cambios en la práctica profesional de la medicina en el contexto latinoamericano, utilizando la situación de México como un ejemplo, así como una discusión de algunos de los posibles retos a los que se puede enfrentar la profesión en los próximos años de este nuevo milenio.

La profesión médica en el contexto latinoamericano

Aspectos históricos

La historia del profesionalismo en la medicina en la región iberoamericana tiene registros desde los primeros años de la conquista de sus poblaciones indígenas por el imperio español. Aunque es evidente que las civilizaciones precolombinas tenían una práctica médica avanzada y altamente regulada⁶, la llegada de los españoles a la región trajo consigo tanto los profesionales como las reglamentaciones para la práctica de la medicina que imperaban en España a partir del siglo XIII. Sobre la base de reglamentaciones elaboradas desde los tiempos romanos, para el año 1477 los Reyes Católicos habían establecido leyes para regular la profesión médica a través de una organización denominada Real Protomedicato⁷. En ordenanzas emitidas en 1491 y 1498 los Reyes Católicos otorgaron poderes a alcaldes exa-

minadores con el fin de certificar la calidad de médicos y cirujanos e hicieron de la profesión médica una carrera universitaria que únicamente podrían ofrecer las Universidades de Salamanca, Valladolid y Alcalá de Henares, que contaban con un mínimo de tres profesores de medicina⁷.

A partir del tercer viaje de Colón, en 1493, comienzan a llegar al continente americano médicos reconocidos por la Corona española, tanto para ejercer la profesión, como para realizar estudios de botánica e investigar plantas medicinales que pudieran ser de utilidad en Europa. Junto con estos profesionales llegaron las leyes del Real Protomedicato con el fin de establecer una organización similar a la de España en las principales ciudades del continente. En 1527 llega el primer protomédico a la ciudad de México y en 1537 el primero a la ciudad de Lima, en Perú⁷. Durante los siguientes años el Real Protomedicato fue tomando un carácter local en las diferentes ciudades del nuevo continente con una organización diferente a la que se había desarrollado en España. La presencia de ciertos padecimientos y, sobre todo, de epidemias de diferentes enfermedades, obligó a la elaboración de reglamentos locales que habrían de durar muchos años en función, aun después de haberse obtenido la independencia del imperio español.

Al igual que en España, la profesión médica en México y Perú estuvo ligada en forma íntima a la enseñanza de la medicina en las universidades. La primera cátedra de medicina en la Real y Pontificia Universidad



de México fue establecida por petición del rector ante la Real Audiencia en 1578, 27 años después de haberse fundado la universidad. Juan de la Fuente, uno de los protomédicos de la ciudad, fue quien ganó el primer concurso para dictar la *catedra prima* de Medicina. A él le sigue en 1599 Juan de Placencia como segundo profesor y Cristóbal Hidalgo Vendábal como tercero en 1621. Con estos nombramientos la universidad pudo comenzar a dar grados de médico de acuerdo con los lineamientos de las universidades españolas de la época, que requerían de tres profesores como mínimo para este propósito.

La Universidad de San Marcos, en Lima, comenzó a dar grados de medicina en 1690 al abrirse su tercera cátedra de medicina, mientras que el proceso fue más lento en las universidades de Guatemala, Quito, Caracas, Bogotá, Santiago de Chile y Guadalajara, las cuales no pudieron ofrecer el grado hasta finales del siglo XVIII.

Además de los reglamentos para la práctica de la medicina, el Real Protomedicato en los países iberoamericanos tuvo que ver con la reglamentación de dentistas y farmacéuticos, así como con la promoción de la investigación y de aspectos fundamentales de salud pública. En varias ocasiones, los protomédicos nombrados por los cabildos o por el Rey dedicaban gran parte de su tiempo a sus actividades de investigación, especialmente al estudio de las propiedades medicinales de las plantas locales. Éste fue el caso de Francisco Hernández en México, de Celestino Mutis en Colombia y de José de Flores en

Guatemala⁷, tres destacados investigadores, más interesados en la botánica que en sus otras actividades como protomédicos de sus respectivas ciudades.

En relación con la salud pública, la limpieza de las ciudades americanas a finales del siglo XVII, descrita con gran asombro por varios autores españoles de la época⁸, se había deteriorado seriamente hasta tener una situación francamente alarmante a finales del siglo XVIII. Esta situación obligó a las autoridades a poner en marcha, a través del Tribunal del Protomedicato, reglamentaciones para el manejo de aguas negras, la iluminación y vigilancia nocturna de las calles o el control de los perros callejeros, tal como fue el caso de la ciudad de México a partir de 1789.

Quizá el ejemplo más impresionante de la influencia del Protomedicato en España y sus colonias fueron las medidas emprendidas para el control de la viruela a través de la vacunación basada en los principios de Jenner. Durante la segunda mitad del siglo XVIII, a pocos años de su introducción formal en Europa, el Protomedicato comenzó a realizar campañas de vacunación contra la viruela en lugares tan distantes como México y Chile. Estos esfuerzos se vieron reforzados por Francisco Xavier de Balmis, quien en 1803, utilizando niños huérfanos españoles para mantenerla viva, trajo la vacuna de España a México⁹. A través de la formación de Juntas Centrales organizadas primero en las ciudades de México, Puebla, Valladolid (hoy Morelia), Guadalajara y Guanajuato, y de Guatemala y Mérida después, Balmis, junto



con el Protomedicato, logró crear la infraestructura para reducir significativamente los brotes de viruela en esos lugares. Parte del grupo dirigido por Balmis llevo la vacuna a Chile y a la región andina del continente y, a través del Pacífico, de México a las Filipinas⁸. Este esfuerzo se vio coronado más de un siglo después cuando entre 1950 y 1960 se erradicó finalmente la viruela de todo el continente.

El Protomedicato permaneció funcionando casi sin cambios durante los años que siguieron a la conclusión de la guerra de independencia en México y Centro América en 1821⁸. A partir de su desaparición en 1831, sus funciones fueron tomadas progresivamente por nuevas estructuras burocráticas que permanecen vigentes hasta la actualidad. La enseñanza de la medicina, la reglamentación para el funcionamiento de los hospitales y las farmacias, los lineamientos para la salud pública y la investigación y, sobre todo, el registro de médicos en México tiene sus bases en el Protomedicato colonial.

En el México independiente comienzan a aparecer nuevas organizaciones profesionales dentro de la medicina, como fueron la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, y otras sociedades científicas, no sólo en la ciudad de México, sino también en San Luis Potosí, Morelia, Guadalajara, Puebla y Mérida. Estas agrupaciones no tenían funciones reglamentarias, ya que su ingreso era altamente selectivo o por suscripción⁶.

Los años que siguen a la independencia en México están llenos de confrontaciones armadas entre grupos nacionales o con

ejércitos extranjeros. Durante estos años la profesión médica continúa con una organización similar a la llevada en la colonia. En 1833 se realizan finalmente cambios importantes tanto en la enseñanza como en la práctica de la medicina. Ante una creciente crítica sobre la baja calidad de la enseñanza de la medicina basada en sistemas tradicionales y bajo la autoridad de la Iglesia Católica, el gobierno encabezado por un médico prominente de esa época, Valentín Gómez Farias, decide cerrar la vieja universidad pontificia y abrir establecimientos de enseñanza pública basados en los principios del positivismo francés del siglo XIX⁸. Es interesante hacer notar que aun en esta fecha la organización de la profesión médica seguía lineamientos muy similares a los del Protomedicato colonial y es, precisamente, el protomédico de ese momento, Casimiro Liceaga, quien pasa a ser el primer director del nuevo Establecimiento de Ciencias Médicas.

Con el apoyo de un grupo de profesionales con una nueva visión de la medicina y de sus bases científicas, en poco tiempo se reestructura la enseñanza de la medicina incorporando a la carrera nuevas materias de corte experimental, así como una práctica clínica supervisada basada en la evidencia científica accesible en ese momento. Se comienza a hacer investigación en enfermedades con alta prevalencia como la lepra, se reinicia la enseñanza de la anatomía con disecciones en cadáveres humanos y se incorpora a la carrera la enseñanza de la cirugía.



Los primeros egresados de esta nueva institución pasaron a formar parte del grupo de médicos que cambiaría la profesión médica en la primera mitad del siglo XX a pesar del comienzo de la Revolución Mexicana, una guerra civil que duraría de 1910 a 1922.

Antes del inicio del conflicto armado se habían creado en la ciudad de México los primeros hospitales con características «modernas». Aunque existían hospitales desde el principio de la colonia, estas nuevas instituciones, como el Hospital General de México abierto en 1905, tenían espacios mucho más grandes y limpios para mantener a los pacientes, salas de partos y cirugía, así como laboratorios y gabinetes con equipos importados de Europa. Con el regreso al país de médicos graduados en México con estudios posteriores en el extranjero comenzaron a abrirse áreas de especialización en los hospitales, tanto para el tratamiento de pacientes como para la enseñanza de médicos y enfermeras. A pesar de los estragos del conflicto armado, estas instituciones permanecieron funcionando durante todo este período.

Como efecto de los cambios sociales propiciados por los principios de la Revolución Mexicana se fundan a partir de los años 40 nuevas instituciones que serán la base de los sistemas de salud actuales en el país. En 1943 se establece el Instituto Mexicano del Seguro Social, creado a imagen de los sistemas de seguridad social europeos de los años 30, así el Hospital Infantil de México y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición,

las primeras instituciones modernas de salud en el país dedicadas no sólo a la atención médica sino también a la investigación. En las siguientes décadas se habrán de abrir otras instituciones tanto en la ciudad de México como en el resto del país que forman el sistema de salud actual.

La reglamentación del ejercicio médico en México

La independencia de México se consuma en 1821, cuando Agustín de Iturbide, último virrey enviado por España, logra la rendición de las fuerzas insurgentes y se declara emperador de México. De inmediato varios médicos prominentes de la época solicitan al Congreso Nacional que se realicen cambios en la reglamentación del Protomedicato para hacerlo más congruente con el país de ese momento. Uno de los cambios más importantes fue solicitar que se unieran las carreras de medicina, cirugía y botánica en la todavía Real y Pontificia Universidad, por considerar que las tres enseñaban lo mismo. Esto se logra finalmente en 1833 con la desaparición de la universidad y la creación del nuevo Establecimiento de Ciencias Médicas que tomó su lugar. Otro cambio solicitado fue la elaboración de una nueva reglamentación para los exámenes que se practicaban a los médicos por el Tribunal del Protomedicato, así como el cambio de dicho tribunal por una Junta de Sanidad, lo cual se logra en 1831 con la creación de la denominada Facultad Médica del Distrito Federal, compues-



ta por ocho profesores médicos o cirujanos y por cuatro farmacéuticos. A esta junta se le asignan dos funciones: los exámenes de certificación de médicos y farmacéuticos, y el arreglo del código de leyes sanitarias para la ciudad. La junta también tuvo el encargo en 1832 de realizar una lista actualizada de facultativos aprobados para practicar la medicina, la cirugía, la farmacia o para realizar flebotomías.

El 20 de abril de 1840 esta Junta pasa a ser, por decreto del Congreso, el nuevo Consejo Superior de Salubridad, encargado de practicar los exámenes profesionales en la Escuela de Medicina, de dar la autorización para ejercer la medicina a los nuevos egresados y de normar y vigilar el ejercicio de la profesión médica para «proteger al pueblo de los charlatanes»⁸. El Consejo comienza a funcionar en enero de 1841. En la actualidad dicha organización permanece con el nombre de Consejo de Salubridad General, aunque sus funciones actuales son muy diferentes a las que tuvo cuando fue fundado en el siglo XIX⁴.

La nueva constitución aprobada en 1857 marcó claramente la relación entre la práctica profesional de la medicina, y de otras carreras como el derecho, con su educación a través de programas universitarios. En el segundo párrafo del artículo quinto de dicho estatuto queda claramente asentado cuáles son las profesiones que requieren de estudios universitarios, siendo la medicina una de ellas.

La Constitución de 1857 puso también en claro la división entre los poderes del gobier-

no y de la Iglesia, quitando a esta última su participación en todos los niveles oficiales de educación. Es entonces cuando la medicina realmente se separa de los viejos cánones de su enseñanza para convertirse en una profesión de corte liberal basada en el modelo francés que imperaba en Europa en ese momento. La creación de una segunda Academia Nacional de Medicina por médicos mexicanos y franceses en abril de 1864 refuerza aún más este modelo, tanto en la formación de los futuros médicos como en la organización de la práctica profesional de la medicina en México.

La Academia toma también el control de la *Gaceta Médica de México*, la publicación médica más antigua del país que había comenzado a aparecer desde 1722, año en que fue fundada por Juan Ignacio María de Castorena⁸. Esta publicación, que continúa hasta la actualidad como órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina, contiene en sus páginas la historia de la salud, la profesión y la enseñanza de la medicina durante los últimos tres siglos.

Los profesores de las escuelas de medicina que se establecen en el siglo XIX comienzan a organizar nuevas sociedades de medicina general y de especialidades, a editar nuevas publicaciones médicas, y a organizar reuniones científicas y a crear nuevos hospitales públicos y privados⁹. Es así como México entra al siglo XX, momento en que la medicina se enfrentará con los grandes cambios políticos y sociales que afectaron al país en ese momento.

En 1912, el primer Presidente de México electo en un proceso realmente democrático



confiere a la Academia Nacional de Medicina el rango de Órgano Consultivo del Gobierno Federal. Esta honrosa distinción le ha permitido a la Academia participar en la reglamentación de los cambios que ha experimentado la práctica de la medicina a través del siglo XX. La Academia, junto con el Consejo General de Salubridad y la Escuela de Medicina de la recién reabierta Universidad Nacional en 1910, forman el conjunto de instituciones que habrán de normar la enseñanza y la práctica de la medicina en México hasta la actualidad.

Después de casi diez años de lucha armada, se convoca en 1917 a un congreso para elaborar una nueva constitución de la República. El documento emanado de esta reunión es el estatuto que rige al país en la actualidad. En el artículo 5° de dicho documento se describe lo referente a la libertad de trabajo. En él se establece que a ninguna persona se le podrá impedir que se dedique a la profesión que le acomode, siendo esta lícita⁴. En tal garantía, esta ley es muy cercana al principio hipocrático gracias al cual el médico puede ejercer su arte a su leal saber y entender, absteniéndose de hacer todo aquello que pudiera ser peligroso o dañino, mientras su práctica se ajuste a la legislación vigente y se realice bajo consentimiento informado del paciente⁴.

La Constitución de 1917 marca también en su artículo 4° que todo mexicano tiene el derecho a la protección a la salud, incluyendo todos los servicios que requiera por parte del Estado para mantener su estado de salud y desenvolvimiento desde su nacimiento

hasta su muerte⁴. La reglamentación para dichas funciones del Estado se establecen en la Ley General de Salud, que es parte de la misma Constitución, así como de Normas Complementarias y *Normas Oficiales Mexicanas* (NOM) que son el conjunto de reglas científicas o tecnológicas, de carácter obligatorio, que tienen como objeto unificar principios, criterios, políticas y estrategias para el cumplimiento de todas las disposiciones legales⁴.

El cuerpo de representantes populares electos cada tres años en todo el país para el caso de los diputados y cada seis años en el caso de los senadores, forman el Congreso de la Unión, que es el encargado de aprobar o reformar las leyes como parte de la función legislativa del Estado; el Presidente es el Ejecutivo Federal y Jefe del Estado, quien tiene a su cargo la emisión de los reglamentos que regulan las funciones de la Secretaría de Salud, la cual emite las NOM. La Secretaría de Salud y sus contrapartes estatales o municipales tienen también la función de proveer de servicios médicos a la población, normar los sistemas de seguridad social, así como los servicios médicos sociales o privados.

Por todo lo anterior, la actividad profesional del médico está normada por una serie de reglamentaciones que tienen como fin la protección de los individuos que acuden a ellos para restablecer su salud o para prevenir la aparición de enfermedad. Su ejercicio profesional, por tal motivo, no es *libre*, como podría parecer por los términos del artículo 5° de la Constitución. Más aún, el nexo de



unión entre el hecho científico médico y los principios de su traducción práctica corresponden al concepto moderno de la bioética, de donde se desprende que el límite del deber de actuar del médico no se encuentra tanto en la utilidad de sus servicios como en la necesidad de los mismos¹¹. Es decir, el límite de actuar del médico «es la necesidad del paciente», reconocida por el principio de «protección a la salud»¹¹.

A pesar de lo anterior, son las instancias de Educación Pública, y no las instancias de salud en México, las que tienen a su cargo la reglamentación de la profesión médica. El registro federal y estatal de médicos está bajo el control de la Dirección General de Profesiones (DGP), que es parte de la Secretaría de Educación Pública a través de una Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional emitida en diciembre de 1944. En dicha ley se establecen los reglamentos para la inscripción de títulos universitarios, incluyendo el de médico cirujano y la emisión de una Cédula Profesional para el libre ejercicio de la profesión. La ley incluye las normas para el registro de especialistas médicos y quirúrgicos, quienes requieren de una segunda cédula para la práctica de estas profesiones. La Cédula Profesional expedida por la DGP tiene efecto de patente para el ejercicio de la profesión e identifica al profesional. En el caso del médico, la cédula es el documento que le permite la práctica de su profesión y le obliga a tener los conocimientos suficientes y actualizados, tanto teóricos como prácticos, para proporcionar un servicio de calidad a sus pacientes. Por dis-

posiciones legales emitidas desde 1946, la DGP sólo reconoce a dos colegios de profesionales médicos como interlocutores, uno de médicos internistas y otro de médicos especialistas. Estos colegios no tienen ninguna relación con los profesionales médicos en la actualidad, motivo por el cual desde hace más de 20 años se ha tratado de que se emita una nueva Ley General de Profesiones más acorde con la práctica médica actual.

Uno de los esfuerzos más importantes en los últimos 40 años para reglamentar la práctica profesional en México ha sido la creación y funcionamiento de los Consejos de Especialidades¹². Estas instancias de afiliación voluntaria se crearon a partir de 1960 cuando se apreció la necesidad de una clara definición entre los profesionales que habían llevado un curso universitario de alguna especialidad médica o quirúrgica y los que, por su práctica médica, habían llegado a tener este reconocimiento dentro de la sociedad. En sus primeros años los Consejos fueron agrupando a ambos grupos dando el tiempo suficiente para que, a partir de ciertas fechas ampliamente conocidas por los nuevos especialistas, éstos pudieran lograr su registro a través de exámenes teóricos y prácticos realizados *ex profeso* por el consejo correspondiente. Por decisión de los propios Consejos, se decidió que su ubicación fuera dentro de la Academia Nacional de Medicina (ANM), ya que dicha institución era un órgano de consulta del gobierno federal para todos los aspectos de la práctica médica, más no una parte del mismo.



Existen en la actualidad 47 Consejos reconocidos por la ANM a través del Consejo Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) establecido en diciembre de 1994. Estos consejos llevan a cabo los exámenes iniciales para la certificación de los especialistas, así como el proceso de certificación quinquenal que se requiere para mantener el registro vigente. La inclusión en el CONACEM de la Academia Mexicana de Cirugía permitió que esta institución de carácter nacional estuviera también involucrada en la formación, organización y reglamentación de los consejos reconocidos con anterioridad únicamente por la ANM.

A pesar de que la pertenencia a estos consejos es totalmente voluntaria, sus miembros son los únicos reconocidos para practicar o enseñar una especialidad en las instancias hospitalarias y de educación superior públicas o privadas del país.

En un intento por dar a los Consejos una mayor participación en el registro de especialistas por la DGP, en junio de 1999, los entonces Secretarios de Educación Pública y Salud, junto con los presidentes de las Academias de Medicina y Cirugía, firmaron un convenio para que, a partir de enero del 2001, sólo aquellos profesionales que hubieran llevado a cabo un curso universitario de especialidad y estuvieran debidamente certificados por el consejo correspondiente fueran registrados como especialistas por la DGP¹². Aunque este convenio ha tenido algunos retos legales, mantiene su vigencia con más de 15.000 especialistas médicos y quirúrgicos

registrados en la DGP en la actualidad. Gracias a la formación de estos consejos, México tiene en este momento una estructura de médicos especialistas muy similar a la de Estados Unidos y Canadá, como quedó demostrado en las negociaciones del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica firmado por los tres países en 1994.

En el caso de los médicos generales, el proceso de registro dentro de un Consejo de Certificación independiente de la DGP que les diera una mayor capacidad de organización para sus actividades de desarrollo profesional ha seguido un proceso más lento. Por ley no existe en la actualidad ninguna reglamentación que obligue a un médico general a que certifique periódicamente sus conocimientos o su capacidad para continuar ejerciendo su profesión. Con el fin de conocer el número real de médicos generales que hay en el país, actualmente alrededor de 140.000, se han formado en cada uno de los 33 estados de la República, incluyendo la ciudad de México como uno de ellos, un Consejo de Medicina General, que tiene como objetivo el registro de todos los médicos no especialistas que trabajan en cada una de estas regiones. Los consejos son reconocidos por las Academias de Medicina y Cirugía y están agrupados en un Consejo Normativo Nacional igual al de los consejos de especialistas. Una vez terminado el registro, se buscará la aprobación de modificaciones legales que obliguen a estos médicos generales a presentar un examen teórico-práctico cada cinco años que les permita continuar ejerciendo su profesión.



Los retos de la profesión médica en el nuevo milenio

Los nuevos modelos de atención a la salud que se están implantando en el continente americano requieren de una transformación en el modo de trabajar del médico. Las nuevas exigencias sociales y la nueva instrumentación biomédica exigen un nuevo tipo de médico generalista capaz de sustentar sus acciones en el conocimiento científico, con una formación polivalente y una capacidad para trabajar en equipo y de vincularse con la comunidad. Ésta es una posición muy diferente a la de 1970, cuando se pretendió educar a un médico bajo la premisa de que los problemas de salud en México no demandaban conocimiento científico profundo sino medidas higiénicas y terapéuticas elementales. La enseñanza de la medicina actual basada en la mejor evidencia posible está íntimamente ligada a los sistemas de información electrónica, la cual puede ser consultada con facilidad tanto por el médico como por sus pacientes. Este acceso casi irrestricto a la información científica no es suficiente, sin embargo, para una práctica profesional adecuada. La práctica de la medicina en los próximos años estará condicionada por grandes cambios en los sistemas de financiación y en la organización de los servicios de salud. La transformación progresiva de la medicina hacia una actividad comercial en la cual el control de la profesión está pasando de los médicos a los propietarios y administradores de instancias que proveen servicios de salud, es

un fenómeno que se está presentando en la mayoría de los países de la región iberoamericana. Como parte de esta transformación se han ido debilitando los sistemas de seguridad social que, en países como México, cubren los servicios médicos de dos terceras partes de la población. Agobiados por los altos costos de la atención a la salud y, en especial, ante la presión que ejerce una población cada vez de mayor edad que requiere de servicios especializados y de pensiones por mucho mayor tiempo del que se había pensado cuando comenzaron a contribuir al sistema, se hace cada vez más evidente el deseo de transferir los servicios médicos al sector privado. La atención a la salud en México a través de los sistemas nacionales de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se hace cada vez más ineficiente y de menor calidad en comparación con los sistemas privados de prepago, los cuales tienen acceso a hospitales donde la atención parece, cuando menos, ser de mejor calidad. Se ve difícil revertir esta tendencia ante la creciente falta de cambios en la legislación actual que protejan los sistemas públicos de atención a la salud y de la presión que ejerce el sistema de libre mercado cada vez más globalizado como política económica dominante.

El otro punto que puede influir en la profesión médica en los próximos años es la falta actual de una organización político-gremial que agrupe a los médicos mexica-



nos. Cada vez se hace más necesario que los médicos tengan una voz común que los represente y haga que sean oídos en los ámbitos políticos nacionales y extranjeros. Los intentos en los últimos 50 años por crear una organización con estas características han sido combatidos activamente por los gobiernos de turno, los cuales se han opuesto sistemáticamente a que se lleve a cabo la creación de un grupo médico político que pueda representar a la profesión en conflictos laborales, negociaciones salariales o en la posibilidad de poder practicar su profesión en otros países. En México no existe una contraparte de la American o la Canadian Medical Association, las cuales han influido con éxito en la forma como se practica la medicina en sus respectivos países. Ante los cambios en la prestación de servicios de salud a través de instituciones privadas y ante el cambio en la situación del médico cada vez más como empleado y no como profesional, se hace necesario contar con una organización que pueda ayudar a defender sus derechos.

Finalmente, el cuestionamiento constante de la calidad de la atención que ofrecen los profesionales de la medicina a sus pacientes y la pérdida del aprecio de la comunidad obligan a que, desde los inicios de la formación del médico, se fomente una actitud altamente ética y moral en su comportamiento. Esto, que durante muchos años se aprendió como un oficio de maestro a aprendiz, requiere en la actualidad de un esfuerzo más sistematizado dentro de la formación curricular, que asegure que el futuro profesional

ha incorporado a su forma de actuar los valores que, por tradición, ha tenido la profesión médica. Este esfuerzo no se circunscribe a cursos de bioética, sino que debe incorporar valores, competencias y aptitudes enseñadas *ex profeso* en cada paso de su formación. Sólo así podrán los nuevos egresados recuperar su imagen como profesionales comprometidos con la población a la que se han dedicado a servir.

Referencias bibliográficas

1. Federman DD. Professionalism in Medicine. *WebMD Scientific American Medicine* 2003;26:1-2.
2. Illich I. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books, Random House, 1978.
3. Millenson ML. *Demanding Medical Excellence*. Chicago: The University of Chicago Press, 1999.
4. Fernández-Varela H. Marco Legal en el Ejercicio de la Medicina. En: Rivero-Serrano O, Tanimoto M (ed). *El Ejercicio Actual de la Medicina*. Segunda Parte. México, D.F.: Siglo XXI Editores, 2003; 56-70.
5. Kamelman-Levitín M, Pujol MJ. *La Medicina del 2000*. Buenos Aires: Ediciones Héctor A. Macchi, 2000.
6. Flores y Troncoso FA. *Historia de la Medicina en México*. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.
7. Lanning JT. *The Royal Protomedicato*. Durham: Duke University Press, 1985.
8. Rodríguez-Pérez ME, Martínez-Barbosa X. Medicina Novohispana, Siglo XVIII. En: Viesca-Treviño C (ed). *Historia General de la Medicina en México*, Tomo IV. México, D.F.: Academia Nacional de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.



9. Fernández del Castillo F. *Los Viajes de Don Francisco Xavier de Balmis*. México, D.F.: Sociedad Médica Hispano Mexicana, 1984.
10. Rivero-Serrano O, Paredes-Sierra R. Formación de Recursos Humanos para la Salud. En: Rivero-Serrano O, Tanimoto M (ed). *El Ejercicio Actual de la Medicina*. Segunda Parte. México, D.F.: Siglo XXI Editores, 2003; 7-24.
11. Vázquez G. *Ética y Costes en Medicina Intensiva*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1996.
12. Espinosa de los Reyes-Sánchez VM. *La Academia Nacional de Medicina de México y la Certificación de los Especialistas por los Consejos de Especialidades Médicas*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.

Lecturas recomendadas

- Lloyd-Sherlock P (ed). *Health Reform and Poverty in Latin America*. London: Institute of Latin American Studies, 2000.
- Lundberg GD. *Severed Trust. Why American Medicine Hasn't Been Fixed*. New York: Basic Books (Perseus Books Group), 2000.
- Patiño JF. Desprofesionalización de la Medicina. *Acta Médica Colombiana* 2001;26:2-8.
- Rivero-Serrano O, Tanimoto M (ed). *El Ejercicio Actual de la Medicina*. México, D.F.: Siglo XXI Editores, 2000.
- Stevens RA. Themes in the History of Medical Professionalism. *Mt Sinai J Med* 2000;69:357-362.



LA REGULACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS EN UN NUEVO CONTEXTO SOCIAL. LA EXPERIENCIA DE CATALUÑA

AMANDO MARTÍN ZURRO

*Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Salut i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya. Barcelona (España)*

Introducción

Las profesiones sanitarias han experimentado cambios muy relevantes en su ubicación en el contexto social y laboral a lo largo del pasado siglo XX, cambios que han sido especialmente significativos para la profesión médica, cuyo ejercicio, situado inicialmente en un contexto individual y liberal, se ha transformado en una actividad mayoritariamente asalariada y colectiva, en equipo.

El progreso científico y tecnológico y las nuevas orientaciones políticas y económicas que han marcado la organización de los sistemas de salud de los países desarrollados

han hecho cada vez más evidente la necesidad de reconsiderar el marco regulador de las profesiones sanitarias, incrementando su transparencia y compromiso social. Sin atacar la capacidad autorreguladora de las organizaciones profesionales, los poderes educativo y sanitario no han resistido la tentación de intervenir en el campo de su regulación normativa y, a través de instrumentos diversos, han diseñado líneas estratégicas y de acción para modular la planificación, formación, gestión y acreditación de los profesionales sanitarios.

Durante el siglo XX las prioridades esenciales de la política sanitaria de nuestro entorno se volcaron en la generación de centros, estructuras y elementos organizativos capaces de dar respuesta operativa a los avances de la ciencia médica en contextos de óptima eficiencia, que permitieran controlar un rápido crecimiento del gasto en salud que podría poner en peligro la sostenibilidad del sistema.

En el milenio que se inicia, estas prioridades deben conjugarse de forma equilibra-

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria y en Medicina Interna. Director del Área de Formación y Desarrollo Profesional del Instituto de Estudios de la Salud (Generalitat de Catalunya). Director de la cátedra UAB-Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de Familia. Coordinador General del programa de formación de Medicina de Familia y Comunitaria de Catalunya. Editor del libro *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Editor de la revista *Atención Primaria* y Director del Programa FMC.



da con las derivadas de la necesidad de diseñar y poner en marcha políticas de recursos humanos del sistema de salud que sean capaces, a su vez, de armonizar el nuevo marco regulador y de garantía social con iniciativas legislativas y presupuestarias capaces de potenciar el compromiso y motivación de los profesionales.

El nuevo contexto que define la interacción de los profesionales sanitarios con la sociedad a la que prestan servicio viene marcado por la creciente necesidad de rendir cuentas (*accountability*) de sus actuaciones, realizadas bajo premisas de óptima calidad y seguridad. Un ciudadano cada vez mejor informado y sensible exigirá ser atendido con la mayor rapidez posible, por profesionales competentes y en un entorno positivo y amable que le permita abordar sus problemas de salud con el menor riesgo y sufrimiento.

La regulación de las profesiones sanitarias ha de garantizar que las relaciones entre los ciudadanos y los propios profesionales tienen lugar en un marco de calidad y seguridad y, por tanto, de mutua confianza. En este capítulo pretendemos describir los elementos definitorios esenciales de la regulación de las profesiones sanitarias, introduciendo algunos aspectos concretos del abordaje del problema que se está realizando en Cataluña en los últimos años. Ya avanzo que el hecho de que el autor pertenezca al colectivo médico puede introducir algún sesgo en la exposición, sesgo por el que pido disculpas anticipadas a las lectoras y lectores.

El Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias de Cataluña (LBPS), elaborado a partir de trabajos iniciados en el año 2000, es uno de los referentes esenciales para el análisis de la regulación de las profesiones sanitarias. Muchos de sus principios y recomendaciones han sido recogidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), promulgada en noviembre de 2003. A lo largo de las páginas siguientes se irán incorporando algunas de las aportaciones más relevantes del Libro Blanco y de la LOPS en relación con el tema que nos ocupa.

Tal como se ha apuntado previamente, y con fines expositivos, se abordará la regulación de las profesiones sanitarias en los siguientes ámbitos:

- Planificación
- Formación
- Desarrollo y gestión

Planificación correcta y regulada

Las decisiones planificadoras en el ámbito de las profesiones sanitarias no son fáciles. Esta afirmación «de perogrullo» justifica los calificativos que se han añadido a la palabra planificación en el título de este capítulo. A veces las decisiones sobre recursos humanos del sistema de salud se toman sin una estrategia de planificación bien definida y en ocasiones con estrategias incorrectas o que no van seguidas de una regulación legislativa o normas de otro tipo.



Los análisis sobre necesidades de profesionales sanitarios se enfrentan con dificultades metodológicas intrínsecas derivadas del propio dinamismo del sector salud, reflejadas en los rápidos progresos científicos y tecnológicos; pero también han de luchar contra otros factores altamente imprevisibles a medio y largo plazo, como los relativos al contexto económico o a las decisiones políticas que pueden influir decisivamente sobre las prioridades o la propia organización del sistema sanitario en términos estructurales o de recursos humanos.

La regulación de la planificación de las profesiones sanitarias implica un análisis previo, idealmente continuado, de las necesidades cuantitativas y cualitativas a corto, medio y largo plazo. De las necesidades cuantitativas para aproximarnos al número de profesionales y de las cualitativas para saber los perfiles de actuación que precisará el sistema, y ambas deben reflejar las expectativas pertinentes y razonables de los ciudadanos en atención de salud. Este análisis preliminar debe ir seguido de los planes operativos que permitan poner en práctica las soluciones adecuadas en tiempo y forma a los problemas detectados o previsibles. La confiabilidad de los resultados de este análisis preliminar y de los consiguientes planes operativos depende en gran medida de la cantidad y calidad de la información disponible, premisa que falla en bastantes ocasiones.

La regulación en el campo de la planificación pasa por el diseño de estrategias y mecanismos operativos y efectivos de *coordi-*

nación entre los sectores educativo y sanitario. Esta coordinación debe establecerse no solamente para el período de formación básica o pregraduada, sino también para los de posgrado y de desarrollo profesional continuo.

La *regulación cuantitativa* de la planificación de las necesidades de profesionales en relación con la formación básica se traduce habitualmente en disposiciones normativas que limitan el acceso a determinadas facultades o escuelas en el caso de una previsión de exceso de profesionales (*numerus clausus*). Este tipo de regulaciones tiene efectos evidenciables sobre el mercado de trabajo en un plazo que oscila entre 5 y 12 años, dependiendo de la duración de la formación básica y de los posibles programas de especialización. En Cataluña, el LBPS propuso la creación de una Comisión Interdepartamental de Formación Sanitaria, constituida por el Departamento de Universidades y por el de Salud, para analizar conjuntamente las necesidades de profesionales, los ámbitos de mejora de la calidad de la enseñanza y avanzar en la definición del número de alumnos que podrían incorporarse a las distintas facultades y escuelas del ámbito de ciencias de la salud. Esta comisión no ha tenido un funcionamiento continuado y operativo tras su creación.

La *regulación cualitativa* de las necesidades en la formación básica se realiza mediante los planes de estudio de las distintas facultades y escuelas, los cuales, a través de sus objetivos, contenidos y métodos de enseñanza/aprendizaje y procesos de evaluación,



definen el perfil competencial del profesional egresado. La experiencia internacional y, muy claramente, la española nos habla de la escasa y lenta capacidad de cambio y adaptación de las universidades y facultades a necesidades y expectativas emergentes. En estos momentos Europa se encuentra en pleno proceso de cambio de las directrices de los planes de estudio universitarios (espacio europeo de enseñanza superior. Bolonia 1999), aunque, dentro de los estudios de profesiones sanitarias, parece que los de Medicina conservarán su duración actual. En el caso español, la adaptación al espacio europeo de enseñanza superior implica la modificación del actual sistema de créditos, calificaciones y titulaciones académicas, así como la definición de los contenidos y perfiles por áreas de conocimiento, entre otros cambios significativos.

La falta de fuentes de información fiables para regular y operativizar la planificación de las necesidades de profesionales sanitarios no es exclusiva de España, sino que es habitual en muchos países desarrollados de nuestro entorno. Para avanzar en este terreno sería importante generar *observatorios de las profesiones sanitarias* que, de forma continuada, analizaran la evolución de las necesidades de cada una de ellas y fueran capaces de predecir las posibles desviaciones significativas de los recursos, bien por exceso o por defecto, con la anticipación suficiente como para que sean efectivas las medidas correctoras que deban introducirse, teniendo en cuenta el largo ciclo de formación básica y especializada de algunas de ellas, como la médica.

En esta perspectiva, el desarrollo operativo del LBPS de Cataluña contempla como una prioridad inicial la puesta en marcha de un *estudio de demografía de las profesiones sanitarias*, estudio que se ha diseñado en dos fases principales: una primera en la que se aborda la descripción y análisis de la evolución demográfica pasada, actual y futura de las profesiones, y una segunda en la que se diseñarán elementos indicadores que nos permitan realizar una observación continua de la evolución del número y tipos de profesionales y detectar con la suficiente antelación posibles desviaciones o nuevas necesidades en los distintos grupos de profesionales, a fin de poder tomar decisiones con el grado de anticipación suficiente que las haga efectivas, al menos a medio plazo.

Formación de calidad y ajustada a las necesidades

Formación básica

La formación básica de los profesionales sanitarios está regulada a través de los planes de estudio de las distintas facultades y escuelas, que definen los objetivos, contenidos y métodos de enseñanza/aprendizaje, así como los procesos de evaluación. En un capítulo anterior ya se ha descrito en profundidad la evolución y últimos avances de las orientaciones docentes en este campo. También se ha apuntado previamente la dificultad que tienen nuestras universidades para asumir los cambios necesarios para dar respuesta a



los nuevos retos emergentes y que las posibilidades de progreso cualitativo relevante a corto plazo parecen más bien escasas.

La introducción de la enseñanza orientada a los problemas y basada en la evidencia, la integración de materias, la tutorización temprana y continuada del alumno a lo largo de la licenciatura, el trabajo grupal e interdisciplinar y la incorporación decidida de la enseñanza teórica y práctica en el campo de la atención primaria, continúan siendo asignaturas pendientes de la formación básica de nuestros profesionales de la salud. El LBPS de Cataluña identifica estos problemas y considera la necesidad de generar un impulso político y legislativo potente capaz de acelerar estos cambios, los cuales deben situarse en el contexto delimitado por la declaración de Bolonia.

En el campo de la formación básica se ha desarrollado muy poco o nada el diseño de estrategias docentes interprofesionales, con períodos y materias comunes a profesiones sanitarias que, en el ejercicio autónomo, han de trabajar formando parte de los mismos equipos asistenciales. Es importante potenciar y regular estos cambios de la formación básica para facilitar las actuaciones conjuntas y las responsabilidades compartidas de distintos grupos de profesionales sanitarios.

Es conocido el axioma de que la evaluación es el instrumento más poderoso e influyente sobre el aprendizaje del alumno. La introducción de cambios profundos en los sistemas de evaluación actuales, esencialmente sumativos y dirigidos a la valoración de conocimientos, es un paso fundamental para modificar la

orientación del estudio y la adquisición de competencia de nuestros estudiantes. La regulación de unos nuevos sistemas de evaluación que contemplen la comunicación reflexiva frecuente entre los alumnos y los profesores y tutores, la valoración formativa (sin finalidad calificatoria) del progreso en el aprendizaje y una calificación sumativa fundamentada no en un examen puntual sobre conocimientos sino en una valoración de la trayectoria del progreso competencial del alumno en términos de conocimientos, habilidades y actitudes, forma parte imprescindible de las estrategias de cambio de los *curricula* académicos.

Formación posgraduada

La formación posgraduada tiene como objetivo primordial la adquisición de las competencias necesarias para el ejercicio autónomo en alguna de las ramas de las ciencias de la salud, habitualmente reconocidas legalmente como especialidades. En la Unión Europea, y por lo que se refiere a los médicos, desde 1995 es preciso haber realizado un período de formación posgraduada antes de ser autorizado para ejercer en el sistema sanitario público. Es decir, que se admite la necesidad universal de completar el perfil competencial proporcionado por la formación básica con los elementos que aporta este segundo período del continuum formativo.

La regulación de la formación posgraduada se extiende habitualmente a los tres puntos claves de su historia natural: ingreso, desarrollo de los programas docentes y



evaluación final. En relación al ingreso, en los programas de formación posgraduada existe una gran variabilidad en lo tocante a las características o requisitos que exigen los diferentes países o instituciones, desde la aportación curricular, a la entrevista personal o el examen, bien de forma aislada o conjunta. En el caso español, el ingreso a la formación posgraduada está regulado a nivel estatal a través de una convocatoria unificada de plazas docentes acreditadas, y los aspirantes a ocuparlas deben superar un examen tipo test y aportar sus méritos curriculares. La puntuación obtenida en estos dos ámbitos (75% nota examen y 25% méritos) le otorga una clasificación entre todos los presentados, clasificación que define el orden a la hora de escoger plaza para realizar su formación posgraduada (especialidad, ciudad, institución acreditada).

El LBPS y, posteriormente, la LOPS introducen propuestas de cambios significativos en la orientación y características técnicas del examen de ingreso a la formación posgraduada en España. Nos hablan de la necesidad de contemplar nuevas metodologías que permitan evaluar no solamente conocimientos, como hasta ahora, sino también habilidades clínicas y de comunicación de los aspirantes.

La estructura y organización de los programas docentes también son sometidas a revisión en los dos documentos citados: se pretende pasar a una estructuración troncular de los programas, con amplios periodos comunes de formación (mínimo de dos años) para las especialidades pertenecientes a cada tronco.

La necesidad de superar una evaluación final queda claramente establecida en la LOPS, precedida por evaluaciones parciales anuales.

Los problemas esenciales en la fase de formación posgraduada de los profesionales de ciencias de la salud en España no hay que buscarlos en la regulación normativa que establece la LOPS, sino en el análisis de la calidad y pertinencia de los programas docentes. La docencia ha recibido una atención escasa por parte de los planificadores y gestores de los servicios sanitarios y ha sido valorada esencialmente como una fuente de gasto que pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos económicos de cada ejercicio. Como consecuencia, los recursos de todo tipo destinados a este campo han sido y son muy escasos, como también lo ha sido la participación de los responsables docentes en las estructuras directivas de las instituciones acreditadas. La falta de reconocimiento del trabajo de los profesionales docentes (tutores) se ha visto reflejada en diversos ámbitos, desde la ausencia de un tiempo reservado para estas actividades, a su insuficiente valoración a efectos curriculares y de carrera profesional o a su falta de compensación económica. Recientemente, en Cataluña y otros lugares del estado español, están surgiendo iniciativas que pretenden corregir esta situación a través de instrumentos de **reconocimiento de la acción tutorial**. Unos programas docentes en los que los tutores estén poco preparados o motivados no pueden alcanzar un grado óptimo de calidad. A los tutores se les pide el esfuerzo suplemen-



tario que comporta esta actividad y por ello deben ser adecuadamente recompensados, más aún si se generalizan sistemas de acreditación y reacreditación periódica de los tutores.

La **pertinencia de los programas docentes** y la adecuación de los mecanismos de evaluación establecidos legalmente son también aspectos que merecen ser analizados, al menos brevemente. En demasiadas ocasiones se observan discrepancias significativas entre las necesidades y expectativas de los ciudadanos, en términos de problemas de salud a resolver, y la capacitación competencial de nuestros profesionales. Podemos afirmar que la orientación, organización y contenidos de muchos programas docentes no tienen en cuenta este punto primordial y se diseñan de espaldas a la realidad o con una insuficiente conexión con ella. Este hecho genera con cierta frecuencia disfuncionalidades en el acceso a los puestos de trabajo de los profesionales especialistas al no adaptarse suficientemente su titulación y perfil competencial a las necesidades laborales. En nuestro país esta circunstancia se agrava por la rigidez que supone para el mercado laboral la casi constante equiparación nominativa y de requisitos entre plazas laborales y titulaciones. Sería necesario flexibilizar el sistema eliminando esta correspondencia siempre que fuera posible.

Los mecanismos de evaluación no contemplan la **valoración formativa** como un elemento primordial para conocer en todo momento el progreso competencial del profesional en formación. Las evaluaciones vigen-

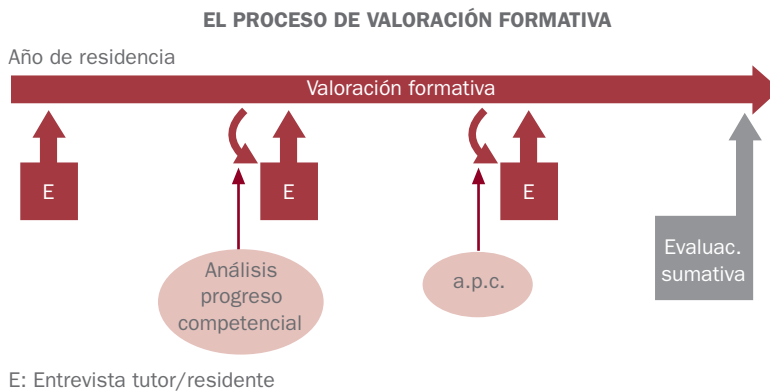
tes son exclusivamente sumativas y con un componente subjetivo demasiado elevado. Esta situación ha conducido inexorablemente a un importante desprestigio de la evaluación de la formación posgraduada, incapaz de discriminar el nivel competencial alcanzado por cada residente a lo largo y al final de su programa formativo. Es preciso potenciar una estrategia evaluadora que combine de forma equilibrada elementos sumativos y formativos, siempre con criterios objetivos y transparentes para las distintas partes implicadas. Recientemente, en Cataluña se ha desarrollado un programa de valoración formativa de los programas de residencia que se ha iniciado por el de Medicina de Familia y Comunitaria y que se pretende extender de forma progresiva al resto de las especialidades (fig. 1). Este programa se fundamenta en dos pilares principales: las entrevistas periódicas entre tutores y residentes y la realización por parte de éstos de unas sesiones de análisis del progreso competencial que, a través de metodologías diversas, permiten a docentes y discentes comprobar de forma objetiva si se han adquirido los componentes competenciales correspondientes a la etapa formativa anterior a la sesión. En el desarrollo de este programa está desempeñando un papel protagonista el Instituto de Estudios de la Salud.

Desarrollo profesional continuo (DPC)

El desarrollo profesional continuo es la tercera fase del proceso formativo de un pro-



FIGURA 1. Valoración formativa y evaluación sumativa en el posgrado.



fesional. En ella está incluida la formación continuada como un elemento nuclear pero no único, ya que en el concepto se contemplan también las necesarias adaptaciones del profesional a los nuevos retos que le planteen los cambios de orientación, organizativos y funcionales del contexto laboral en el que actúa. Es a través del DPC como el profesional puede optimizar de forma constante la calidad y pertinencia de sus actuaciones en respuesta a las nuevas necesidades, expectativas y demandas. En definitiva, el DPC es el marco que debe visualizar y posibilitar la capacidad de adaptación continua al cambio de cada profesional (fig. 2). Las características concretas del DPC varían, lógicamente, en función de las del campo profesional de que se trate, pero hay algunos rasgos comunes que deben estar presentes en las actividades desarrolladas en esta fase del continuum for-

mativo y que deberían ser objeto de regulación específica:

- *Calidad*, contrastada a partir de mecanismos sólidos e independientes de acreditación, que permitan además establecer una escala de excelencia de las actividades programadas y realizadas.
- *Pertinencia* de los contenidos en relación a los de la propia actividad y al contexto en que trabaja el profesional. No hemos de olvidar que en el DPC el objetivo no radica en la adquisición de nuevas titulaciones, sino en el perfeccionamiento competencial de la actual.
- *Trascendencia* del hecho de haber realizado determinada actividad para el futuro personal y profesional.
- *Accesibilidad*, tanto desde la perspectiva económica como de disponibilidad de



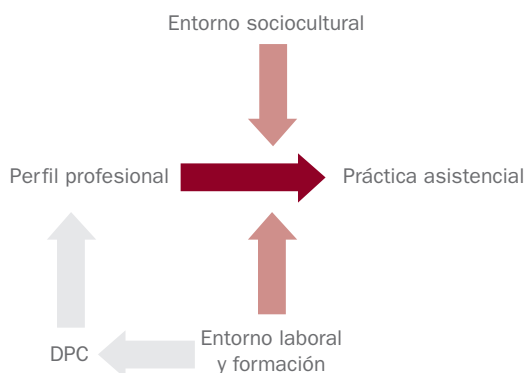
tiempo, para poder realizarla en un contexto personal y laboral positivo.

- *Programación*, como parte de un proyecto diseñado de DPC y no como una simple actividad aislada y sin conexión clara con otras del mismo ámbito.
- *Repercusión en el contexto* de trabajo del profesional que la ha realizado, en un marco de *accountability* para el equipo y la entidad a la que se presta servicio.
- *Financiación transparente* y exenta de conflictos de interés que pudieran tener repercusiones no deseables sobre la actividad posterior del profesional.

El compromiso social implícito en el profesionalismo conlleva la obligatoriedad de mantenerse permanentemente adaptado a los cambios de los entornos científico-técnico y del contexto laboral. La mejora continua del perfil competencial exige también por parte de cada individuo una necesaria **capacidad de reflexión** sobre la propia práctica profesional y, con ella, acerca de los aspectos que necesita perfeccionar para seguir prestando una atención segura y de calidad a sus pacientes. Un instrumento relevante en CPD y que puede ayudar a introducir elementos objetivos en esta reflexión sobre la propia práctica profesional es la elaboración de un **portafolio** personal en el que se registren todas las informaciones que puedan tener una importancia relevante.

Los **métodos de aprendizaje** en el ámbito del CPD son muy variados y su pertinencia debe valorarse en función de los objetivos de aprendizaje a alcanzar. Se dice

FIGURA 2. Relaciones del DPC.



frecuentemente, y con razón, que no hay métodos malos; lo que hay son métodos mal utilizados. La mejora competencial debe poner énfasis en el saber hacer (en la habilidad), pero también hay que contemplar los otros niveles de la pirámide de Miller. No sería admisible ni positivo para nadie, comenzando por los ciudadanos, que nuestros profesionales pierdan conocimientos teóricos y aplicados y herramientas necesarias para la reflexión y la contextualización. El DPC tiene como objetivo mejorar la competencia de los profesionales, pero también podemos atribuirle el de contribuir a promover su perfeccionamiento cultural, ya que ambos elementos se potencian mutuamente.

La **regulación del DPC** en España y Cataluña tiene como marco legislativo general la LOPS, en la que se establece como un derecho y una obligación de los profesionales sanitarios en aras de la actualización y me-



jora de los conocimientos, habilidades y actitudes que conforman su perfil competencial. La LOPS habla de formación continuada y no de DPC, como lo hace el LBPS, pero en ambos casos se trasluce un mismo entramado de objetivos y contenidos. No considero necesario entrar aquí a describir los órganos regulatorios de la formación continuada o DPC que contempla la LOPS; baste decir que define una Comisión de Formación Continuada dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema de Salud y que delimita los criterios generales de la acreditación de las actividades, separando nítidamente la acreditación de la provisión de actividades de DPC.

El desarrollo de **los sistemas de acreditación** de DPC en las distintas partes del estado español es aún desigual. Cataluña ha sido sin duda pionera en el diseño de organizaciones acreditadoras en las que desempeñan un papel coordinado y mutuamente enriquecedor las organizaciones profesionales y la propia administración sanitaria y educativa. El Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada abrió el camino de los sistemas de acreditación de instituciones y actividades de formación continuada, y en estos momentos está en fase avanzada de diseño y constitución el Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, en el que se integrarán todas las organizaciones y sectores de este ámbito y que tendrá como misión primordial garantizar, con criterios homogéneos y consensuados, la calidad de las actividades de DPC.

Un aspecto relevante del DPC es el de la **financiación de las actividades**. El papel predominante de la industria farmacéutica en este ámbito debe ser reconducido en una perspectiva de equilibrio concurrente de sus aportaciones con las que deben realizar (incrementando sustancialmente las actuales) las entidades proveedoras de servicios de salud y la propia administración, todo ello sin olvidar la necesaria contribución del propio profesional, que debe visualizar su asistencia a las actividades de DPC como un elemento de perfeccionamiento y progreso personal y profesional imprescindible para mantener un ejercicio ético y de óptima calidad.

En capítulos anteriores de esta monografía se ha abordado en profundidad el tema de la **acreditación personal y el de la recertificación periódica** de la competencia, por lo que no entraremos en repeticiones innecesarias. Baste con señalar que en España están aún en fase muy embrionaria los diseños de los procesos de recertificación y que, por tanto, es prematuro aventurar cuáles van a ser sus características principales. En este campo se han producido algunos elementos sectoriales de avance en la acreditación y reacreditación periódica de los tutores docentes de posgrado. En estos momentos está próxima la publicación de un decreto del gobierno de Cataluña que regulará estos procesos y establecerá mecanismos de compensación profesional y económica para aquellos profesionales docentes que se hayan sometido y superen los requisitos de acreditación y reacreditación periódica establecidos.



Desarrollo y gestión flexible y profesionalizada

El desarrollo y la gestión de las profesiones sanitarias es un elemento central de la estructura y actuación política de los departamentos de salud. El factor humano es un condicionante básico de los procesos y resultados de la atención prestada a los ciudadanos. Disponer de unos colectivos profesionales bien preparados técnicamente y altamente motivados e integrados es imprescindible para alcanzar los objetivos marcados en términos de calidad y garantía de seguridad de la atención de salud.

Ya se ha comentado al inicio de este capítulo que los sistemas sanitarios se encuentran en los comienzos de este milenio con el reto de conseguir optimizar sus políticas de recursos humanos, hasta el momento ciertamente un tanto descuidadas en su conjunto. Conseguir este objetivo no es tarea fácil, más aún en unos contextos muy dominados aún por la obsesión de la eficiencia interna en términos económicos.

El desarrollo y gestión de las profesiones sanitarias no puede estar basado exclusiva o principalmente en disposiciones normativas generadas desde la Administración y controladas por la estructura burocrática. Es necesario **promover estrategias de participación e implicación** de los propios profesionales y sus organizaciones. En este sentido podríamos decir que una sabia y equilibrada administración sería aquella capaz de diseñar unos instrumentos de desarrollo y gestión de las profesiones sanitarias fundamen-

tados en el binomio autonomía y responsabilidad, complementado con la necesaria obligación de rendir cuentas sociales de sus actuaciones y no solamente de las asistenciales. Los profesionales sanitarios deben incrementar su protagonismo directivo en todo lo referente a la **gestión clínica** de la atención de salud, y para que ello sea posible se deben generar nuevas vías de aproximación entre ellos y los gestores de las instituciones y centros que superen las barreras de incompreensión que se han ido estableciendo en los últimos veinte años.

Las nuevas concepciones organizativas del trabajo de los profesionales sanitarios implican la colaboración en el seno de equipos generalmente multidisciplinarios. El profesional individual corre el riesgo de verse diluido en el seno de este equipo y no percibir un reconocimiento suficiente de sus propias actuaciones. Es por ello imprescindible diseñar estrategias de desarrollo profesional que permitan **visualizar las contribuciones individuales** al logro de los objetivos colectivos. En este sentido los sistemas de incentiación y promoción profesional deben tener un papel primordial.

Es importante contemplar el desarrollo de nuevas herramientas para la **delimitación de las competencias propias y compartidas** de las diferentes profesiones sanitarias, y hacerlo en un marco lo menos corporativista posible y que, por el contrario, esté dominado por las nuevas necesidades y expectativas generadas por los cambios sociodemográficos, económicos, culturales y de utilización de los servicios de salud y, lógicamente,



bajo la perspectiva de la evolución epidemiológica de los problemas de salud más prevalentes en cada contexto. Solamente en estos términos podrán diseñarse políticas de desarrollo y gestión de las profesiones sanitarias con visiones de medio y largo plazo. No hacerlo así puede condenarnos a tener que realizar rectificaciones continuas y de consecuencias frecuentemente negativas.

Los responsables del desarrollo y gestión de las profesiones sanitarias deben tener siempre la mirada puesta en el futuro y analizar continuamente la evolución de las necesidades y expectativas sociales en conjunción con el progreso científico y tecnológico y en cómo ambos factores delimitan el desarrollo de **profesiones nuevas o emergentes** en el campo sanitario. La generación de instrumentos flexibles de gestión de recursos humanos que permitan la integración en plazos temporales razonables de estas nuevas áreas es una tarea de la mayor relevancia en un campo que como el de la salud se encuentra inmerso en rápidos procesos de cambio.

El diseño de **mecanismos de progreso y proyección profesional** (carreras profesionales) capaces de analizar y reconocer los méritos de la actividad asistencial, docente e investigadora de los profesionales sanitarios y su implicación en el desarrollo de la entidad en la que prestan sus servicios es un elemento nuclear de la gestión de los recursos humanos del sistema de salud. Conseguir que estos mecanismos de reconocimiento sean innovadores, descentralizados, no necesariamente homogéneos, sencillos, ágiles,

flexibles, poco o nada burocratizados y fruto del consenso entre las partes implicadas en su aplicación y control puede parecer una utopía, al menos en nuestro entorno, pero no por ello debemos renunciar a acercarnos lo más posible a estas características, ya que en ellas radica una parte significativa de su viabilidad futura. En Cataluña se han puesto en marcha diferentes modelos de carrera profesional; algunos de ellos reúnen bastantes de las características expuestas previamente, mientras que otros presentan bastantes de las contrarias, sobre todo en lo referente a su falta de sencillez y agilidad y excesiva carga burocrática.

Es necesario que los mecanismos de progreso y proyección profesional que se diseñen no estén fundamentados esencialmente en la antigüedad de los servicios prestados. La permanencia durante un número determinado de años en un nivel de la carrera profesional para poder acceder al siguiente no debería ser un requisito imprescindible, sino uno más de los elementos a considerar.

Alcanzar los objetivos señalados previamente en relación al desarrollo y gestión profesional no es tarea fácil ni rápida; precisa de cambios culturales profundos en el entramado de las administraciones, de las entidades proveedoras y de las propias organizaciones profesionales y sindicales. Una estrategia que nos puede permitir conseguir avances significativos en este campo es la de **externalizar los procedimientos técnicos** que conllevan todos estos procesos y situarlos en entidades o agencias de las profesiones sanitarias, participadas por las



administraciones y restantes entidades implicadas, pero con el grado de independencia y profesionalidad necesarios para poder diseñarlos con el mayor grado posible de objetividad y fiabilidad técnica.

Estas **agencias de las profesiones sanitarias** deberían abarcar en su ámbito de competencias tanto los aspectos referentes a la planificación como los de desarrollo y gestión y de evaluación competencial y reacreditación, dejando los de formación y acreditación para las instituciones y entidades encargadas de impartir las actividades docentes propias de las tres fases clásicas del continuum formativo. La constitución de estas agencias en las distintas partes del estado español podría posibilitar también la profesionalización técnica de todos los procedimientos, dejando de lado de una vez un amateurismo que implica problemas de fiabilidad en su diseño y operativización y que facilita las presiones externas de origen político o corporativo.

Se decía al comienzo de este epígrafe que el sistema sanitario precisa disponer de profesionales no solamente bien pertrechados técnicamente, sino también altamente motivados. En estos tiempos en los que tanto se habla del síndrome del *burnout* parece necesario seguir insistiendo en que los responsables políticos y los gestores deben priorizar adecuadamente el desarrollo de todo el conjunto de mecanismos que se han demostrado eficaces para incrementar la disponibilidad y adherencia de los profesionales sanitarios en relación con su actividad y las instituciones a las que sirven, comenzando por el adecua-

do reconocimiento de su labor en los ámbitos sociológico, intelectual, técnico y económico y facilitándoles un entorno de trabajo no sobrecargado y armónico con un desarrollo personal y familiar satisfactorio y no excesivamente estresante.

El Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias de Cataluña es el documento principal en el que se han inspirado muchas de las reflexiones realizadas a lo largo de este capítulo; sus orientaciones, actualmente en fase de desarrollo operativo, han de aportar nuevos elementos para la innovación del sistema sanitario español y catalán y facilitar una mejora de la efectividad de sus respuestas a los rápidos cambios científicos y tecnológicos y a las necesidades y expectativas razonables de los ciudadanos.

Bibliografía

- Campbell LM, Murray TS. The effects of the introduction of a system of mandatory formative assessment for general practice trainees. *Med Educ* 1996;30:60-64.
- Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. *Competències de Professions Sanitàries*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 2002.
- Generalitat de Catalunya. *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
- Hays R, Wellard R. In-training assessment in postgraduate training for general practice. *Med Educ* 1998;32:507-513.
- Institute for International Medical Education. Global Minimum Essential Requirements in Medical Education. *Educación Médica* 2003; 6.



LA PROFESIÓN MÉDICA: LOS RETOS DEL MILENIO

- Martín Zurro A. *L'avaluació de la formació postgraduada*. Monografies de l'Associació Catalana d'Educació Mèdica. Barcelona, 1994.
- Martín Zurro A. Evaluación de la formación postgraduada, certificación y recertificación de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria* 2002;30:46-56.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. B.O.E. num 280. Ley 44/2003.
- Oriol Bosch A, Bruguera M, Bombí JA, Vilardell M, Viñas J, Olivé JM, Camí J. Justificación de la necesidad de planificación social en la producción de médicos. *Med Clin (Barc)* 2000;114:381-383.
- Pardell H. *Proceso de acreditación de la formación médica continuada en España. Guía para el proveedor individual o institucional*. Barcelona: Ediciones Mayo, 2003.
- Pardell H. Regulación de la promoción de la formación médica continuada. En: Pardell H (ed). *Industria Farmacéutica y Formación Médica Continuada*. Barcelona: Ediciones Mayo, 2003:29-35.
- World Federation for Medical Education. Estándares Globales en Educación Médica. *Educación Médica* 2004; 7 (Supl. 2).