

# The Physician of the Future

*El metge  
del futur*

January 2009  
*Gener 2009*



Fundación  
Educación Médica



# The Physician of the Future

*El metge  
del futur*

January 2009  
*Gener 2009*



Fundación  
Educación Médica



## **Index**

### **Índex**

Critical readers of the document	4
Lectors crítics del document	4
Authors	5
Autors	5
Credits	6
Crèdits	6
In Homage	11
Dedicatòria	11
Presentation	13
Presentació	13
Introduction	15
Introducció	15
Position document	21
Document de posició	95
What kind of physician do we have?	25
Quin tipus de metge tenim	96
What kind of physician do we want?	51
Quin tipus de metge volem	106
How to bridge the gap	77
Com superar la bretxa	116
Recommendations for the stakeholders	87
Recomanacions per als agents implicats	120
References	123
Referències	123

## **Critical readers of the document**

Dr. Juan Gérvas proposed that a group of young doctors read the document in order to provide feedback from a less expert but fresher point of view. According to this idea, Dr. Gérvas coordinated a group of Family Medicine residents who must be mentioned for the value of their comments .

**Dr. Julio Bonis**

**Dra. Alicia Gutiérrez Misis**

**Dra. María Pérez Pascual**

**Dra. Elena Serrano Ferrández**

**Dr. Tiago Villanueva**

## **Lectors crítics del document**

El Dr. Juan Gérvas va proposar que un grup de professionals joves llegís el document per aportar-hi la seva opinió des d'una perspectiva menys experta però més fresca. Amb aquesta idea, el Dr. Gérvas va coordinar un grup de residents de Medicina de Família que mereixen ser esmentats pel valor de les seves opinions.

**Dr. Julio Bonis**

**Dra. Alicia Gutiérrez Misis**

**Dra. María Pérez Pascual**

**Dra. Elena Serrano Ferrández**

**Dr. Tiago Villanueva**



## **Authors**

### **Autors**

Medical Education Foundation

**Fundació Educació Mèdica (FEM)**

Dr. Helios Pardell Alentà (†)

Experts

**Experts**

Dr. Joan Berenguer Maimó

Dr. Miguel Bruguera Cortada

Dr. Juan Gérvas Camacho

Dra. Carmen Gómez Asorey

Dr. Diego Gracia Guillén

Dr. Arcadi Gual Sala (FEM)

Dr. Albert J. Jovell Fernández

Dra. María Nolla (FEM)

Dr. Albert Oriol Bosch (FEM)

Dr. Vicente Ortún Rubio

Dr. Jordi Palés Argullós (FEM)

Dr. Felipe Rodríguez de Castro (FEM)

Dr. Francisco R. Rubia Vila

Dr. Boi Ruiz García

Dr. Jaume Sellarés Sallas

Dr. Guillermo Vázquez Mata



## Credits

### **Dr. Joan Berenguer**

Intensive Care Specialist  
Manager of several Hospitals and Health Consortiums of Catalonia  
Manager of Health Barcelona Area.  
Integrated Unit of treatment and diagnosis of Catalan Institute of Health

### **Dr. Miguel Bruguera**

Hepatology Senior Consultant, Clinic Hospital of Barcelona  
Medicine Professor. University of Barcelona  
President of Official College of Physicians of Barcelona

### **Dr. Juan Gérvas**

Primary Medical Care Specialist at Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes and El Cuadrón (Madrid)  
Coordinator of CESCO Group  
Public Health Professor. Autonomous University of Madrid

### **Dr. Carmen Gómez-Asorey**

General Secretary of Spanish Accreditation Council for CME (SACCME)  
Digestive Tract Specialist  
Coordinator of Health Formation Unit of Madrid

### **Dr. Diego Gracia**

History of Medicine and Bioethics Professor, Complutense University of Madrid

## Crèdits

### **Dr. Joan Berenguer**

Especialista en Cures Intensives  
Gerent de diversos hospitals i consorcis hospitalaris de Catalunya  
Gerent territorial de Barcelona. Unitat Integrada de Diagnòstic i Tractament de l'Institut Català de la Salut

### **Dr. Miguel Bruguera**

Consultor sènior d'Hepatology de l'Hospital Clínic de Barcelona  
Professor titular de Medicina de la Universitat de Barcelona  
President del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

### **Dr. Juan Gérvas**

Metge d'Atenció Primària de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes i El Cuadrón (Madrid)  
Coordinador de l'Equip CESCO  
Professor de Salut Pública de la Universitat Autònoma de Madrid

### **Dra. Carmen Gómez-Asorey**

Directora del Sistema Espanyol d'Accreditació de la Formació Mèdica Continuada (SEAFORMEC)  
Especialista en Aparell Digestiu  
Coordinadora de Formació del Servei Madrileny de Salut

### **Dr. Diego Gracia**

Professor d'Història de la Medicina i Bioètica de la Universitat Complutense de Madrid





Director of the Master of Bioethics  
President of Health Science  
Foundation

**Dr. Arcadi Gual (Coordinator) (FEM)**  
Physiology Professor. University of  
Barcelona  
Director of Medical Education  
Foundation  
Editor of the journal Educació  
Mèdica

**Dr. Albert J. Jovell**  
General Director of Josep Laporte  
Library Foundation  
Director of the Observatory of Health  
Professions  
Medicine Professor. Autonomous  
University of Barcelona

**Dr. María Nolla (FEM)**  
Associated Director of Doctor Robert  
Foundation, Autonomous University  
of Barcelona  
Director of the Medical Education  
Unit at the Medical School of the  
Autonomous University of Barcelona  
Patron of the Medical Education  
Foundation

**Dr. Albert Oriol-Bosch (FEM)**  
Physiology Professor (Retired).  
Complutense University of Madrid  
and Autonomous University of  
Barcelona  
Ex-Director of Health Studies  
Institute, Department of Health from  
Generalitat de Catalunya

Director del Màster de Bioètica  
President de la Fundació de Ciències  
de la Salut

**Dr. Arcadi Gual (Coordinador)  
(FEM)**  
Catedràtic de Fisiologia de la  
Universitat de Barcelona  
Director de la Fundació Educació  
Mèdica  
Director de la revista Educació  
mèdica

**Dr. Albert J. Jovell**  
Director General de la Fundació  
Biblioteca Josep Laporte  
Director de l'Observatori de les  
Professions Sanitàries  
Professor associat de Medicina de la  
Universitat Autònoma de Barcelona

**Dra. María Nolla (FEM)**  
Directora adjunta de la Fundació  
Doctor Robert, Universitat Autònoma  
de Barcelona  
Directora de la Unitat d'Educació  
Mèdica de la Facultat de Medicina de  
la Universitat Autònoma de Barcelona  
Patró fundador de la Fundació  
Educació Mèdica

**Dr. Albert Oriol-Bosch (FEM)**  
Catedràtic jubilat de Fisiologia de la  
Universitat Complutense de Madrid  
i de la Universitat Autònoma de  
Barcelona  
Exdirector de l'Institut d'Estudis de la  
Salut, del Departament de Salut de la



President of Medical Education  
Foundation

**Dr. Vicente Ortún**

Economist  
Director of Centre for Economy and  
Health Research (CRES)  
Business and Administration  
Professor, Pompeu Fabra University,  
Barcelona

**Dr. Jorge L. Palés Argullós (FEM)**

Physiology Professor. University of  
Barcelona  
President of Spanish Society of  
Medical Education (SEDEM)  
Patron of the Foundation Medical  
Education

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

Medicine and Hypertension Senior  
Consultant  
General Hospital Hospitalet de  
Llobregat, Barcelona  
Director of Spanish Accreditation  
Council for CME (SACCME)  
Patron and Responsible of the CME/  
CPD of the Foundation Medical  
Education

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

Pneumology Specialist  
Medicine Professor. University of Las  
Palmas de Gran Canarias  
Vice-president of the Spanish Society  
for Medical Education (SEDEM)

Generalitat de Catalunya  
President de la Fundació Educació  
Mèdica

**Dr. Vicente Ortún**

Economista  
Director del Centre d'Investigació en  
Economia i Salut (CRES)  
Professor del Departament d'Economia  
i Empresa de la Universitat Pompeu  
Fabra de Barcelona

**Dr. Jorge L. Palés Argullós (FEM)**

Catedràtic de Fisiologia de la  
Universitat de Barcelona  
President de la Societat Espanyola  
d'Educació Mèdica (SEDEM)  
Patró de la Fundació Educació Mèdica

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

Consultor sènior de Medicina i  
Hipertensió de l'Hospital General, a  
l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)  
Director del Sistema Espanyol  
d'Accreditació de la Formació Mèdica  
Continuada (SEAFORMEC)  
Responsable de l'àrea de FMC/DPC de  
la Fundació Educació Mèdica

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

Especialista en Pneumologia  
Professor titular de Medicina de la  
Universitat de les Palmes de Gran  
Canària  
Vicepresident de la Societat Espanyola  
d'Educació Mèdica (SEDEM)



**Dr. Francisco J. Rubia**  
Physiology Professor. Complutense  
University of Madrid  
Member of the Royal National  
Academy of Medicine  
Vice-president de the European  
Academy of Sciences and Arts

**Dr. Boi Ruiz,**  
Medical Doctor  
Diplomat on Health Management  
President of Catalan Union of  
Hospitals

**Dr. Jaume Sellarés**  
Medical Doctor and Family Specialist  
Director of Health Primary Care  
Centre Sardenya, Barcelona  
Vice-president of the EBAs  
Association

**Dr. Guillermo Vázquez**  
Specialist en Intensive Medicine  
Medicine Professor  
Expert in Medical Education

**Dr. Francisco J. Rubia**  
Catedràtic de Fisiologia de la  
Universitat Complutense de Madrid  
Membre numerari de la Reial  
Acadèmia Nacional de Medicina  
Vicepresident de l'Acadèmia Europea  
de Ciències i Arts

**Dr. Boi Ruiz**  
Doctor en Medicina  
Diplomat en Gestió Hospitalària  
President de la Unió Catalana  
d'Hospitals

**Dr. Jaume Sellarés**  
Metge de Família  
Director de l'Àrea Bàsica de Salut  
Sardenya, Barcelona  
Vicepresident de l'Associació d'Equips  
de Base Associativa (EBAs)

**Dr. Guillermo Vázquez**  
Especialista en Medicina Intensiva  
Catedràtic de Medicina en excedència  
Expert en Educació Mèdica





## In Homage

**Helios Pardell Alentà**  
**Medical Education Foundation**  
**1947-2008**

Early in 2008, the Medical Education Foundation started an extremely important project in times of concern for the medical profession. In Dr. Pardell's own words, the project aimed to express *what it means to be a physician* from the perspective of the medical profession; basically, what many think but don't dare to say.

The results obtained, which you have in your hands now, is the work undertaken in 2008 under the supervision of Dr. Pardell by a selected group of experts who met to conclude their task in a meeting held on October 28. Although Dr. Pardell led the meeting to consensus he was unable to see his project completed as he left us on October 30<sup>th</sup>.

The Medical Education Foundation is pleased to have completed Dr. Pardell's enormous work and to present it to you. We think that this, his last contribution, will be beneficial to many, in particular members of the medical profession, who will gain a clearer idea of how to attain a better future after reading his contributions. Therefore, the Medical

## Dedicatòria

**Helios Pardell Alentà**  
**Patró de la Fundació Educació Mèdica**  
**(1947-2008)**

La Fundació Educació Mèdica va rebre, a principis de 2008, la proposta d'un dels seus patrons més actius, el Dr. Helios Pardell Alentà. El Dr. Pardell proposava la realització d'un estudi que ell considerava molt necessari en uns moments en què els horitzons de la professió mèdica són plens de boirines que no es dissipen amb facilitat. Es tractava –d'acord amb les seves pròpies paraules– d'expressar, des de la professió mèdica, què ha de ser un metge; es tractava de ser correctes des del món acadèmic, però agressius (cosa que no significa incorrectes) per al món dels polítics; es tractava de dir allò que molts pensen i que no poden expressar; es tractava de ser profunds, però alhora intel·ligibles per a tothom.

Totes les tasques relacionades amb l'estudi que tenen a les seves mans s'han efectuat al llarg de l'any 2008 sota la coordinació del Dr. Pardell i es van acabar el 28 d'octubre amb l'última reunió presencial de treball amb els experts. El Dr. Pardell va tenir temps d'ordenar els papers d'aquesta reunió, però no ha pogut veure el treball acabat. El dia 30 d'octubre ens va deixar per sempre.



Education Foundation has undertaken to disclose this document to health care, health professionals and educational organisations as well as individual doctors in the hope that it will be useful to them all and at the same time honour Dr. Pardell's memory.

La Fundació Educació Mèdica s'ha encarregat de posar en ordre el treball que ha estat fruit de la proposta i dels esforços del Dr. Pardell. Cronològicament i ideològicament, els presentem el treball pòstum del Dr. Pardell. Creiem que és un treball notori, útil per a molts estaments i sobretot útil per a tots els metges que, gràcies a la seva lectura, poden albirar un futur amb més il·lusió. Per això, la Fundació Educació Mèdica s'ha compromès a difondre aquest treball a totes les institucions, a totes les corporacions sanitàries i a tots els metges del país. La Fundació està convençuda que amb això honrarà la seva memòria.



## Preface

The medical profession in all our neighbouring countries is currently coming up against difficulties resulting from changes in social environment, working conditions and the ever increasing influence of government policies on the health sector.

Some of these factors are particularly significant in Spain, where, for example, autonomous governments acting simultaneously as regulators, payers, employers of doctors and providers of health care services often have negative effects on the medical profession as a whole.

Meanwhile, the medical profession does not always have available conceptual tools required to face these challenges and therefore tends to adopt a reactive approach resulting in a gradual loss of leadership and advocacy.

The Medical Education Foundation's initiative is an appropriate effort geared towards changing the role of doctors in the health care system in order to maximise their potential, thus benefitting not only the profession itself but also the society it serves. The group of experts gathered by the Foundation does not hold back in terms of self-criticism of the profession, breaking down internal problems from external ones in order to

## Presentació

Als països del nostre entorn, la professió mèdica es troba en una situació difícil com a conseqüència del nou entorn social, el canvi de les condicions de l'exercici professional i el caràcter intervencionista de les polítiques governamentals en el sector salut.

A Espanya, alguns d'aquests fets adquireixen connotacions específiques com, per exemple, el paper d'ocupador de metges dels governs autonòmics a través dels serveis sanitaris públics de salut, la qual cosa comporta unes repercussions d'una importància enorme per al conjunt de la professió, sovint amb caràcter negatiu.

Davant d'aquests reptes, la professió no sempre disposa de les eines conceptuals necessàries per fer-los front, i molt sovint actua de manera reactiva, cosa que la situa en una posició d'inferioritat que redunda en una pèrdua progressiva de lideratge i de capacitat d'influència.

Per això, la iniciativa de la Fundació Educació Mèdica, que tinc l'honor de prologar, representa un valuósíssim esforç orientat a tornar a situar la posició del metge en el sistema sanitari, per tal d'aprofitar al màxim les seves potencialitats en benefici de la pròpia professió però, per damunt de tot, de la societat a la qual es deu. L'anàlisi duta a terme pel quadre d'experts que la Fundació



draft a set of recommendations which, I am confident, will contribute to a promising future for our doctors and the health of our people.

I very much hope that all stakeholders will rise to the occasion and with these recommendations at hand will make a significant contribution towards increasing trust in our doctors as fundamental providers of efficient and satisfactory health care.

Finally, I would like to extend my heartfelt congratulations to the Medical Education Foundation for this commendable and necessary initiative and also to all the experts who have contributed with their experience and knowledge to this superb work. I cannot conclude, however, without a personal reference to Dr. Helios Pardell. While his loss has not hindered the work he initiated and was so close to completing, it has undoubtedly left our profession missing his voice, which is so necessary in such delicate times. We have lost a master and a friend but I very much hope that this his last work will lead many towards a better future.

Juan José Rodríguez Sendín  
CGCOM

ha congregat, no defuig la crítica de la professió, explica a consciència la problemàtica externa i interna i fa un conjunt de recomanacions que, de ben segur, han de contribuir a dissenyar un panorama futur millor per a la nostra sanitat i, en concret, per a la professió mèdica del nostre país.

Espero i desitjo que tots els agents involucrats sapiguem estar a l'altura i que, adoptant les recomanacions com a guia de la nostra actuació, contribuïm amb fermesa a consolidar la confiança en el metge, element clau d'una bona assistència sanitària a la població.

Finalment, vull fer explícita la meua felicitació més sincera a la Fundació Educació Mèdica per aquesta lloable iniciativa, sens dubte necessària, i als qui hi han col·laborat, per la seva magnífica tasca. Però no puc acabar aquestes línies sense fer referència al seu coordinador i màxim valedor, el Dr. Helios Pardell Alentà. La seva mort no ha truncat aquest treball que va deixar pràcticament acabat, però sens dubte ha deixat la nostra professió sense la veu, tan necessària en moments especialment delicats, d'un mestre i amic. Desitjo que aquesta obra, que he de qualificar de pòstuma, sigui per a molts el camí a seguir.

Juan José Rodríguez Sendín  
CGCOM





## Introduction

Health care systems across developed countries are facing challenging times resulting from a confluence of four factors:

- Firstly, those stemming from the principle “*everything for everybody, right now and for free*”; the cornerstone of the welfare state in Europe.
- Secondly, the rapid growth of available medical and health care products and services ( diagnostic-therapeutic procedures, early detection and preventive strategies, health awareness programmes and so on)
- Thirdly, an increase in the demand for health care services by an increasingly informed civil society with more stringent expectations and
- Finally, a growth of population demands due to immigration and ageing.

Additionally, in many countries and especially in Spain, we must also consider many physicians’ perception of how their professional status and working conditions in the public health care systems, in which they work as salaried employees, have decayed, resulting in discontent and a certain lack of motivation. This is particularly worrying since there is nothing

## Introducció

Els sistemes sanitaris de tots els països desenvolupats estan passant per un període de dificultats derivades, bàsicament, de quatre tipus de motius.

- En primer lloc, els propis de la crisi del principi “tot per a tothom i gratis”, eix de l'estat del benestar a la majoria de països europeus.
- En segon lloc, l'augment de l'oferta mèdica i sanitària, paral·lelament a l'aparició de les noves tecnologies de diagnòstic i terapèutiques, de les estratègies de prevenció i de detecció precoç, i dels programes de promoció de la salut.
- En tercer lloc, l'augment de la demanda sanitària com a conseqüència de les exigències d'una població cada vegada més informada i amb expectatives més grans.
- I, finalment, el creixement incessant de la població demandant, bàsicament a causa del procés d'envelliment a què està sotmesa la població als països desenvolupats i als processos immigratoris.

A tot plegat cal afegir, a molts països, però sobretot a Espanya, la situació de descontentament i de desmotivació dels metges, que perceben un deteriorament del seu estatus social i professional i



so damaging to the sustainability of the health care system as demotivated doctors with a poor sense of commitment.

We attempt here to exercise constructive self-criticism from within the profession with a view to bringing about the winds of change required to face new challenges and, in so doing, helping to shape a better future. To this end, we work in the belief that the great majority of physicians still carry out their work diligently, which explains the high regard in which they are held by the people. The public's favourable opinion of doctors contrasts with that expressed in this paper, in which we express the need to introduce significant reforms into the health systems, the characteristics of which should be the subject of a separate analysis.

Nevertheless, we also take into consideration the opinions of various analysts on the profession's gaps and how these should be bridged if we are to incorporate the changes required for a health system that is more closely tailored to present society needs and, within it, a reinvigorated and committed medical profession.

Having said that, we must also clarify that our physicians' characteristics are perfectly adequate and positive, by which we are less concerned with

expressen queixes contínues sobre les seves condicions laborals en els sistemes sanitaris públics, en els quals treballen, majoritàriament, com a empleats estatutaris. I això és especialment preocupant ja que, des de fa molt temps, tots els analistes han formulat clarament el principi que no hi ha res de més pernicios per a la sostenibilitat d'un sistema sanitari que l'existència d'uns professionals –en aquest cas metges– desmotivats i poc compromesos. I aquest és, òbviament, el cas del nostre país.

Aquest treball pretén ser un exercici d'autocrítica positiva, bàsicament des de dins de la professió, amb l'objectiu d'insuflar els aires de canvi necessaris per fer front als nous reptes a què s'enfronta i contribuir a dissenyar el futur. Per fer-ho, ens basem en el fet que els metges, majoritàriament, exerceixen la seva professió amb responsabilitat, la qual cosa explica l'alta valoració i l'estima que els demostra la població. Aquesta valoració positiva dels metges per part de la població contrasta amb l'opinió, també de la població, que creu necessari introduir reformes substancials o, fins i tot, fonamentals, en el sistema sanitari, les característiques del qual han de ser objecte d'una anàlisi diferent.

Però, així mateix, es tenen en compte les opinions de molts analistes sobre les llacunes que presenta la professió en conjunt, que han de ser superades si volem



substituting these traits for others than in reconciling and enhancing them with additional skills and attitudinal elements in line with latest trends in the conceptualisation of the medical profession and health care systems.

At the Medical Education Foundation we considered it useful to carry out a study on what ought to be the physician's role, away from the often expressed complaint's culture in which the profession is often entangled, and from emergency action plans and ill-timed measures taken by our authorities. Certainly, the situation faced by the medical profession seems to be a difficult one plagued with inopportune omens but we are convinced, however, that bad times may be a prelude to better ones if an objective assessment of the situation allows for a more optimistic view than everyday general perception. We think that within the medical profession itself there are sufficiently qualified assets on which it is possible to construct the essential process of adaptation. What we need is leadership with a clear vision of the desired future and determination to build the required change.

We are aware that nowadays many different kinds of physicians (specialists) are needed in health care systems but for our purpose we aim at the most traditional, from a sociological and professional viewpoint: the one that

afrontar els canvis necessaris en el futur immediat. Això farà possible el disseny d'un sistema sanitari més adaptat als nous temps i, dins seu, d'una professió mèdica renovada i compromesa. En línia amb aquestes consideracions, creiem necessari advertir al lector que les afirmacions i recomanacions que s'hi fan es basen en el fet que moltes de les característiques del metge actual són perfectament adequades i positives i que del que es tracta no és de substituir-les per d'altres sinó, al contrari, d'equilibrar-les i ampliar-les amb elements competencials i actitudinals complementaris, d'acord amb les tendències més actuals de l'ideari del professionalisme mèdic i dels sistemes sanitaris.

En vista d'aquest panorama, des de la Fundació Educació Mèdica (FEM) hem trobat interessant portar a terme una reflexió profunda sobre el paper que el metge ha de tenir en el sistema sanitari, allunyada dels components de la cultura de la queixa, en què tan sovint s'instal·la la professió, i dels plans de xoc i les actuacions intempestives que acostumen a constituir la tendència més estesa entre els nostres polítics. Certament, la situació de la professió és difícil i es presenta plena d'auguris pessimistes; això no obstant, estem convençuts que els pitjors temps poden ser el preludi de temps millors i que, en general, una anàlisi objectiva de la situació ens permet constatar que no existeixen tants motius per al pessimisme com molts proclamen



takes care of the patient, establishing a doctor-patient relationship, a basic function to most medical specialties.

For this project we benefitted from invaluable input from a selected group of renowned professionals with diverse backgrounds both inside and outside the field of medicine. Their contributions consisted in answering three basic questions:

- What kind of physician do we have now?
- What kind do we want?
- How do we bridge the gap (if any)?

The working party drafted a Position Paper, the final version of which was finally agreed upon.

With this initiative, generously supported by Laboratorios Almirall, the Foundation hopes to have contributed to opening a much needed debate on the role of physicians in the health care system in the future. The thoughts expressed in this report are addressed to all stakeholders in the system, from medical educators to health care service managers, to public and private employers as well as professional associations and health administrations.

diàriament. En el si de la professió hi ha actius prou qualificats, a partir dels quals es pot dur a terme el procés d'adaptació necessari; allò que es necessita són líders amb una visió clara de futur i una vocació decidida de canvi.

Som conscients que avui dia existeixen moltes tipologies de metge que exerceixen la professió d'una manera molt diferent. Però per als propòsits d'aquest informe, tenim en compte el prototip de metge més tradicional en els àmbits sociològic i professional: el que porta a terme activitat clínica, visita pacients i estableix amb ells el tipus particular de relació que es coneix com relació metge-malalt, donem per fet que les diferents especialitats comparteixen patrons de conducta comuns.

Per a aquest projecte hem comptat amb la col·laboració inestimable d'un grup de professionals de renom, procedents de diferents àmbits de la medicina i de fora, les aportacions dels quals en forma de documents d'opinió personal incloem a l'Annex en format CD. Les reflexions les han fet a partir de les tres preguntes bàsiques que des de l'FEM se'ls van formular:

- Quin tipus de metge tenim,
- Quin tipus de metge volem,
- Com superar la bretxa.

Com podrà comprovar el lector, els seus textos constitueixen aportacions



Some views may appear somehow disrespectful or politically incorrect but if we really want a change to happen in our health care system doctors must fully comprehend the role they must play in it. If this report generates debate, we will be satisfied at having contributed to moving towards a better future health care for the people.

**Arcadi Gual, Director**  
**Albert Oriol-Bosch, President**



de primera mà i d'indubtable qualitat, a partir dels quals l'equip de treball de l'FEM ha elaborat el Document de posició, la versió final del qual ha estat consensuada i, per tant, representa l'opinió de tots els autors.

Amb aquesta iniciativa, que ha comptat amb el suport desinteressat de Laboratoris Almirall, l'FEM espera contribuir a obrir un debat, sens dubte necessari, sobre el paper que el metge ha de portar a terme en el sistema sanitari espanyol dels pròxims anys. Les reflexions incloses en aquest informe van dirigides a tots els actors del sistema, des dels responsables de la formació dels futurs metges, fins als Empleadors públics i privats, passant per les associacions professionals i els governs. Algunes reflexions poden resultar atrevides i fins i tot políticament incorrectes, però estem convençuts que algú les ha de proclamar si volem que el nostre sistema sanitari introdueixi els canvis necessaris i que els nostres metges entenguin quin paper hi han de jugar. Si aquest informe serveix per generar el debat, ens donarem per satisfets, amb l'esperança d'haver contribuït al fet que entre tots vegem més clar i avancem pel camí adequat, en benefici de tothom i, molt especialment, de la població.

Arcadi Gual, Director  
Albert Oriol-Bosch, President







# POSITION PAPER





## **Position Paper**

The document is split into four chapters. The first three correspond to the questions asked and answered by the panel of experts co-authoring the document. The fourth chapter contains recommendations to stakeholders in the system.

The first two chapters are closely matched, thus allowing the reader to find the answer to the shortcomings described in the first chapter in the equivalent section of the second chapter. Chapter 3 takes a different approach and focuses on the various stakeholders of the system. Finally, in chapter 4 you will find the recommendations proposed.





**WHAT KIND  
OF PHYSICIAN  
DO WE HAVE?**

Describing the general traits of what our physicians have in common is a difficult task as at least three elements giving rise to diversity must be taken into account:

- Professional fragmentation in specialties each showing specific behavioural profiles
- Existence of a generational breakthrough around 35-40 years, with marked differences on how the medical profession is understood and practised
- Gender differences and the shift towards a highly feminised medical profession

We believe that identifying a generic profile of today's physician describing his basic common traits and behaviours is possible and helpful when seeking improvement. As we mentioned earlier the professional profile corresponds to the traditional clinician dealing and interacting with patients directly.

It goes without saying that not all professionals display all these characteristics, perhaps many of them show none, as described below. But the characteristics described are accurate and not an exaggeration of a non-existent doctor and are supported by qualitative research of real and observable facts. Certainly many professionals will not identify themselves rightly with the described profile but, no doubt, some will display some of the traits described in their professional behaviours. It is irrelevant whether this number is extensive or limited as their sole presence is enough to taint the entire profession.

Ten schematic scenarios in which today's doctors practise their profession have been described and constitute the frameworks under which the professional profiles have been analysed (table 1)



**Table 1. Scenarios were the actual physicians develop their professional tasks**

---

---

The Oslerian Physiopathological Paradigm

---

Evidence-Based-Medicine

---

Technology-Based Medicine

---

The Beliefs

---

The Welfare Society

---

New Roles: Case manager & Caretaker

---

The Health/Disease Boundaries

---

The New Demands

---

The Changing Working Conditions

---

Medical Professionalism under Dispute

---



### **1.1. The physician in the Oslerian Physiopathological paradigm**

Since its formulation by W. Osler in the 19th Century and with the support of the academic world given by the Flexner report at the beginning of the 20<sup>th</sup> Century, the Oslerian paradigm remains behind medical practice all over the western world. The doctor is focused on diagnosing scientifically described nosological entities (diseases) and act as therapeutic agent to cure them or to alleviate their symptoms.

Based on this paradigm, the hospital doctor, a specialist with advanced scientific-medical knowledge and highly equipped to successfully treat patients, has been recognised as the ideal model by the medical profession and by society.



**The best professional  
is the one with the most  
advanced scientific-medical  
knowledge**



## 1.2. Evidence-Based Medicine

Physicians' work is inspired by the scientific method which consists of gathering evidences/information (signs & symptoms) and applying the principles that explain them in order to reach a diagnosis. Diseases are conceived as biological entities with ethiological treatments that can be classified.

Following this trend, doctors' tasks have become as compartmentalised as the scientific-technical advances in diagnosis and therapeutic procedures of diseases, focusing on obtaining "hard" information about patients' conditions and neglecting the "soft" ones that colours patients' narratives of their sickness. In doing so, doctors may shy away from therapeutic options suitable to the patient's context, for example the relational attitude, known also as placebo effect.

The scientific ideology drives critical and inquisitive minds, with an undoubtedly positive effect. Nevertheless, when the popperian "falsability" approach is neglected in favour of dogmatic infallibility it becomes "scientifism" that negatively influences professional behaviour. Consequently, the physician that attempts to act only within the framework of scientific rationality tends to neglect the relational component of his interaction with the patient.

Feeling discomfort at tackling decisions in uncertain scenarios, such as those that often characterize the physician's relationships with frightened and distressed patients, more uncertainty and fear may be generated if they do not generate trust, which in turn, produces greater use of health services. In this respect, it is worth mentioning that at least one third of patient complains do not correspond to any of the recognised nosological entities.

Nowadays, Evidence-Based Medicine (EBM), the systematic approach to maximising scientific rationality in clinical decision-making, is a well established positive trend as long as the physician practitioner does not neglect his soft skills in the "ars medicarum". Critical analysis of available evidence in the international scientific literature has contributed





**Evidence-based medicine may generate two negative effects in physicians' minds:**

- Blind faith in guidelines and protocols**
- Seeing the patient as a subject with standard patterns of illness that must be treated in a standard manner**



significantly to increasing the quality of health care by abandoning practices lacking effectiveness or justification but the dangers of an acritical attitude towards EBM should not be neglected.

EBM has fostered blind faith in procedural guidelines and protocols that should not be used without critical adaptation after assessment of individual cases. If not, considering that protocols and guidelines cannot contemplate individual characteristics of a given patient, since by nature they are constructions based on statistical averages, indiscriminate use may cause inadequate practice. The good practitioner is the one that knows when NOT to apply a certain protocol to a given patient.

Secondly, EBM has praised the virtues of certain scientific logic at the expense of a relational component, by which physicians are in danger of perceiving their patients as subjects with standard patterns of illness to be treated in a manner that has also become standard; a scientific statistical approach that may have little relation to what is considered good clinical practice. It is therefore not unusual nowadays to find physicians that are very good at reasoning and calculating probabilities but who do not spend enough time listening to their patients.



### 1.3. Technology-Based Medicine

Technological development in recent decades has created new scenarios for the medical profession and shown that in the near future not only will new diagnostic and therapeutic tools be available, but also new ways to relate doctors and patients.

The innovative nature of technological change generates *technological fascination* (Bernal & Peiró) and physicians ought to remain alert to technologically generated mirages and remember that technology is always a means to an end.

The doctor-patient relationship has changed considerably in light of patients' increasing access to information provided by easy communication channels. For physicians too, information and communication technologies have afforded huge advantages, such as new imaging technology.

In the near future, subcutaneous implantation of chips with personal health records, or devices to monitor and transmit vital parameters could become a feasible routine. The emergence of new sciences like "bioinformatics" or "genomics" and so-called "Predictive Medicine", will enable identification of people predisposed to developing certain diseases.

Advances anticipated in surgery will be no less fascinating. Robots performing high precision interventions or the possibility that "nanotechnology" will develop "nano-devices" capable of locating target cells to introduce genes or drugs within them.

As many diseases originate in brain disorders, increased knowledge of how the brain works is and will be of great benefit to health. Principal progress in neurosciences benefits from technology from other disciplines (NMR, PET, magnetoencefalography, transcranial magnetic cerebral stimulation) and allows earlier and more precise diagnosis. Advances in decoding human genomes or the use of transgenic animals for research, as well as an increased capacity to store and handle huge



amounts of information are elements that further drive possibilities of dealing with neuro-pathological conditions.

Artificial Intelligence progress and miniaturised sophisticated robots will generate important possibilities in replicating cerebral functions in implantable chips replacing damaged functions.

Modern technology is enabling neurosciences to deal with questions that traditionally belonged to other disciplines, such as the self, conscientiousness, external reality, spirituality and so on. These have become research subjects with scientific methodology and point out that other traditional dualisms (cause/effect, nature/nurture, neurology/psychology,...) can also be challenged.



**Technology is only  
a mean toward an end**



#### 1.4. The beliefs

Today, much like yesterday, utopian ideals propose the achieving of complete health for everybody for equal happiness (R. Dubos). This utopian approaches uses disease prevention measures, health prevention actions, health education programmes and population screenings as its main tools. Most are reasonably geared towards understandable and commendable objectives, but some are not as easily justifiable as they are based on an absurd belief that illness and death are avoidable and occur only as a consequence of a failure to apply adequate health preventative measures and not as a natural part of the biological essence of human nature.

Such utopian ideals, obsessed with the cult to health appear characteristic of our times in bringing about a state of mind that has been called by some “*compulsory health*”; an attitude that aims at obligatory attainment of perfect health for the population through the imposition of healthy behaviour on everyone. Those totalitarian conceptions are hardly compatible with medical ethics.



**Physicians sometimes  
impose “compulsory health”  
in order to achieve perfect  
health for the population**



## 1.5. The Welfare State

Over the last fifty years in most developed countries the so-called “Welfare State” has been successfully established. The welfare state provides wide social coverage and support to society in health care services, education and social services. The state finances these services with resources obtained from taxation and assumes full responsibility for their provision to everybody.

Health care coverage is seen as a fundamental right; an entitlement for the people that the state must provide. Physicians play a role of highly qualified technicians in the system providing health services with public funding in order to satisfy the ever growing demands of an (over)protected population. A trend, characterised by a steady increase of expectations and demands for more and better services and a decreasing tolerance to accept delays, failures or unsatisfactory outcomes, is becoming increasingly evident over time.

Likewise, we notice that part of the demand for health care services falls into what some have called “*complacency medicine*”, composed of actions of insignificant health value but that represent a high cost for the system. In the U.S.A. it has been calculated that they represent nearly a third of medical interventions but contribute practically nothing to patient health.

Additionally, through this emerges the so-called “*defensive medicine*”, consisting of the physicians demanding unnecessary tests and explorations, sometimes with iatrogenic effects, accompanied by a condescending attitude by the doctor towards the patients to avoid their frustration at the denial of what it is considered an entitlement.

This combination of ever-growing public demand together with a permissive attitude by doctors goes a long way to explain some malfunctions in the Spanish and other health care systems, such as overuse of hospital emergency services or excessive appointments at primary care level.





Doctors play the role of highly qualified technicians in the health care system so as to satisfy demands of an overprotected population

*“Defensive Medicine”* protects doctors from patients’ demands while *“Complacency Medicine”* seeks to avoid confrontations with frustrated patients

Doctors’ permissiveness encourages excessive use of health services



### **1.6. New roles: case manager and caretaker**

According to Tudor Hart, modern medicine has exchanged early mortality for chronic morbidity. Nowadays, the major causes of death at early ages have been eradicated thanks to preventive and therapeutic measures. Life expectancy of the population has increased considerably and chronic diseases, most of them multi-factorial and incurable, have become the major medical problems.

This situation poses new challenges to physicians, who are specially trained to deal efficiently with acute and curable conditions but insufficiently prepared to confront the multiple chronic conditions that affect aged patients and for which the doctor lacks effective curative measures. With these training limitations, doctors often provide inconsistent and fragmented care in situations that require quite the contrary.



**Increase of life expectancy  
increases the number  
of patients with multiple  
incurable chronic diseases**

**Management of elderly  
chronic patients is often  
inconsistent and fragmented**



### 1.7. Health/Disease Boundaries

Under the influence of different agents with specific interests, the boundaries between health and disease are being redefined. In doing so, an increasing number of conditions traditionally considered natural or physiological are incorporated as new diseases patterns. These include menopause, age-related sex-drive diminution, tiredness and pain, as well as stress or shortness, among others.

Also, “*risk factors*” are dealt with by physicians as if they were real diseases in an abusive use of the theory of risks, disregarding the fact that risks are statistical probabilities without individual deterministic logic.

Since society grants the medical profession normative capacity to define what constitutes a disease, its cooperation, knowingly or unknowingly, with interested social agents in widening the concept of disease, helps to create a negative image of the profession that is not even perceived by its members.



**The Health-Disease boundaries are being redefined, now incorporating as pathological conditions that were considered physiological**



## 1.8. New Demands

Along with current socio-economic trends, health care is becoming a consumer commodity and the former *patient* becomes a *health client*. In this industrialisation process of the health care system humanism is considered biology and the subject becomes merchandise.

Often this understanding of health care as a commodity is supported by the medical profession and the physician becomes a necessary collaborating agent for large health care lobbies or at least enters in serious conflicts of interest.



**Physicians may become  
agents of major lobbies and  
enter into conflicts of interest**



## 1.9. Working Conditions

Medicine used to be a liberal profession but the majority of doctors have become salaried employees of public or private health care corporations.

Through this proletarianisation the entire profession is gradually losing its identity and becoming another occupational group striving for working security of civil servant status with tenure, and as part of this involution adopts the “*complaint culture*” expressed through the *burn out* syndrome, so frequent nowadays, along with lack of motivation.

Moreover, within health care organisations, physicians are finding it increasingly difficult to define how to organise their own work and its limits. The professional assumes the routine associated with working in organisations that establish protocols (explicit knowledge) and delegate responsibilities in teams, but finds it difficult to assert his professional expertise (tacit knowledge) in an environment that clearly favours standardised procedures, centralised programming and has little appreciation or is even unaware of the discretionary nature of a job well done.

In such working environments, physicians often perceive others to be interfering in their work and feel obliged to carry out their tasks under risky conditions for patients. Often physicians demand to participate in the organisational decision-making processes, even when, in practice, they display only a limited commitment to the organisation, which contributes to increasing the power of managers.





**The majority of physicians  
have become salaried  
employees**

**The proletarianisation process  
entails a loss of professional  
identity**



## 1.10. Medical Professionalism under Dispute

As a result of the above factors, some external and some related to the medical profession, a great deal of physicians currently sustain a devalued professional ideology, which likens their professional profile to that of any other occupational group, far removed from that of the committed professional ruled by strong ethical standards and an unwavering service vocation.

Nowadays is not uncommon to find physicians who carry out their profession on a part-time basis, claiming their right to enjoy leisure and a balanced family and working life. Usually they are also uncomfortable with the commitment to self-regulation, to submit themselves to peer scrutiny and to be held socially accountable.

Furthermore, it is common that when basic education and specialist training cycles are completed, the training process becomes discontinuous. Responsibility for professional development is transferred to the employer and therefore it becomes forgotten that this is a main component of the ethical commitments of the profession.

In a context of dominant cultural egalitarianism, many physicians fail to comprehend the elitist element of the profession, seeing it as an undesirable trait rather than the result of a greater ethical and scientific commitment. Generally speaking, many doctors show little regard for their capacity to make their own decisions, their autonomy and responsibility as well as self-esteem, predisposing them to fall into the “*complaints culture*” in which one blames others for one’s own shortcomings.

With such a distorted view of the self and its environment, physicians come to disregard their professional associations, which, in turn, show no signs of the much needed leadership required.

Neither party seems to understand the need to redefine the “*social contract*” of the medical profession: the covenant upon which medicine satisfies social expectations and receives recognition through regulatory authorities. Hence present ambiguity, which, in turn, poses a serious threat to medicine’s legitimacy as a well differentiated profession.




**Some doctors feel  
uncomfortable with  
self-regulation and  
accountable to society**

**Some doctors do not  
understand that elitism  
derives from the ethical  
and scientific commitment  
of the profession**







**WHAT KIND  
OF PHYSICIAN  
DO WE WANT?**



**Table 2. Professional Profile of the Physician of the Future**


---



---

A physician that treats patients, not diseases

---

A physician who adopts a critical approach

---

A communicative and empathic physician

---

An individually and socially responsible physician

---

A physician making good decisions for the patient and the health care system

---

Leading the health team

---

A competent, effective and safe physician

---

An honest and trustworthy physician

---

A physician committed to patients and health care organisation

---

A physician who embodies professionalism

---

Further to the previously outlined scenarios, in this chapter we attempt to respond to the challenges for the medical profession and establish a profile for the physician of the future (table 2). As mentioned earlier, we deal with a generic profile of a physician upon which individual adaptations can be built.



## 2.1. A physician that treats patients, not diseases

There is no need to reject the oslerian paradigm in order to aspire to having, in the future, physicians that can adapt it to the variability of real patients, each with their specific individual context, socio-cultural background and specific understanding of the world, of themselves and of their illnesses.

The physician, besides treating patients, has to work *with* patients and be capable of involving patients in the management of their illnesses. The asymmetry in the patient-doctor relationship is not necessarily by itself negative and can be utilized to the patient's benefit since trust generated by the moral and scientific authority of the physician is the source of placebo positive effects





**The physician we want will adapt nosological entities to the individual context of patients and will involve them in the management of their illnesses**



## 2.2. A physician who adopts a critical approach

The physician has to be able to perform his trade in scenarios characterised by a great deal of ambiguity, indeterminism and uncertainty.

Physicians ought to be able to incorporate in their practice relevant scientific novelties and keep up to date with advances in the digital world to avoid obsolescence. Nevertheless, they should not fall into “*scientifism*” but should maintain the critical attitude of the scientific method, remaining open to self-evaluation and bearing in mind Wittgenstein’s statement: “*even when all scientific questions have been answered, our fundamental questions have not yet been dealt with*”.

Indeed, the scientific approach is able to solve problems related to nature, but falls short in solving many of the complaints related to life, suffering and death afflicting patients. According to Erich Fromm, “*the more we delve into the deep of our own or another’s existence, the more we distance ourselves from total knowledge*”. Hence, the role of the physician is to help patients rather than constructing a rational discourse of their diseases.

In addition to being able to negotiate in real scenarios, the physician we want must also know, above all, how to conduct himself in the world of values, which soak up, explicitly or implicitly, what patients express, giving meaning to their life and illness.



**The physician will prioritise helping patients over the construction of a rational discourse on their diseases**

**Given that patients' values give meaning to their lives and illnesses, the physician must take them into consideration all times**



### 2.3. A communicative and empathic physician

Technological development will not only provide us with the means to live a more active and healthier life but will also change our perception of the world and ourselves. We must therefore prepare ourselves for the changes that technology will bring about outside the technological domain. Medicine will not escape those changes and the question will be how to lead them so that medicine remains at the service of people rather than machines or diseases.

New physicians will not hide behind computer screens that block patients, they will use the time made available by new technology to increase and improve communication with patients. The new physician, aware that technology also has drawbacks, will no longer be fascinated by it, but rather concerned in making suitable use of it to the benefit of patients. The new physician will continue to act on clinical criteria and not solely on technology.

The new physician will be better in adapting guidelines and protocols to the individual patients and to establish an empathic relationship with him, not only because he will have more and better and easier obtained information due to technology, but also because he will have more time and energies available to obtain and deal with the soft information obtained from the interaction with patients.

Besides critical thinking physicians we want them to be good listeners. Aside from gatherers of information we want physicians to be capable of making sensible interpretations, so that we don't have to regret with T.S. Elliot when he asked "*where is the wisdom lost to knowledge and the knowledge lost to information?*".

We want physicians concerned as much with affectivity as with effectiveness; physicians who, beyond establishing relationships with patients, win their confidence; physicians capable to reconcile what belongs to the rational world with what is relational, but also having very clear in their minds that if their professional approach is only rational their practice will not be good medicine, while if their practice approach is only relational it will not be medicine at all.



**Technology will not only bring about new diagnostic and therapeutic possibilities but also new types of patient-physician relationships**

**The physician will make wise use of the technology that will always benefit the patient**

**The physician will know how to listen and will be concerned as much with affectivity as with effectiveness and so will win patient confidence**



## **2.4. An individually and socially responsible physician**

The new physician will steer clear of believing in the achievability of perfect health, and will be aware of the limits of medicine in regard to individual and community health. He must know how to deal with patient expectations in order to make clear the benefits of disease prevention, health promotion and early diagnosis through population screenings.

He will know how to involve patients in joint decision-making processes geared to rational and efficient use of resources, tacking into account those proven and rejecting those of dubious benefits. At all times he will explain the limits of medicine, the inevitability of sickness and death in terms adequate to each case and circumstance.

Patients and their relatives expect physicians to deal with these serious matters in a calm and respectful manner with no hesitations or subterfuges. Failure to do so and leaving such tasks in the hands of other health care professionals weakens trust in doctors who then become highly qualified technicians capable only of applying scientific-technical measures.



**Physicians will be aware  
of the limits of medicine  
and will know how to  
communicate the inevitability  
of sickness and death**



## **2.5. A physician making good decisions for the patient and the health care system**

In a context of limited resources and overcoming the old saying *you can't put a price on health*", the physician must be the agent that prioritises the allocation of available health resources, avoiding referring to patients unnecessarily or ordering unjustifiable complementary tests or therapeutic measures.

The physician has the dual responsibility of assuring that patients receive care according to their needs and, at the same time, proper allocation of the scarce resources made available to him. The physician has to play the role of patient trustee as his highest priority, but meanwhile, as an employee, he must also follow the employer's cost-containment policies. When the two roles enter in conflict physicians must act wisely, with a cautious and sensitive approach to reconciling the conflict of interests between benefits for patients and stringencies in the system, seeking support from professional associations while cooperating with patient's associations.





**Physicians will allocate  
resources based on patients'  
and payer's best interests  
attempting to reconcile costs  
and benefits**



## 2.6. Leading the health team

To patients afflicted with chronic and often incurable illnesses, physicians ought to offer all the needed **support** to mitigate their impairments, **counsel** to help them live with their limitations, **advice** on the best available care options, and **protection** from miraculous measures often offered with the best intentions and the worst information. With chronic conditions more action is not necessarily linked to better care; rather the opposite.

Nevertheless, continuity of care is a must for these patients. Continuity of care should avoid discontinuities and fragmentation, something that nowadays does not really prevail in our health care systems.

In light of which, physicians must show willingness to cooperate with each other as well as with other health professionals who offer invaluable specialised services. To this end, physicians must be competent in and willing to delegate, capable of teamwork and prepared to limit the scope of their professional roles. Furthermore, physicians must prevent patient dependency, fostering autonomy and helping them to play an active role in managing their conditions.



**Physicians will manage  
care processes and lead  
the health care team**

**Physicians will assure  
continuity in health care  
avoiding fragmentation  
and discontinuities**



## 2.7. A competent, effective and safe physician

Society delegates to the medical profession the responsibility of defining what health is and its boundaries with disease. Therefore, physicians should be able to differentiate both concepts disregarding any attempts by other parties to convert health into a consumer product or to widen the concept of illness for spurious interests.

Physicians should also be capable of reasonably setting out risks derived from the ever-increasing number of risk factors, without further alarming patients who are already over-users of the health care system in a futile attempt to overcome such risks or to prevent conditions with little impact on health.

Physicians, therefore, should help their patients to overcome the fears that are so prevalent nowadays and prevent them turning into what Bauman refers to as “*substitute objectives*”.



**Physicians define the  
boundaries between  
health and disease without  
converting health into a  
consumer product**



## **2.8. An honest and trustworthy physician**

Physicians must oppose all attempts by other parties with commercial interests to over-medicate society. As a result of patient trust, physicians are obliged to act in benefit of them and thus avoid unnecessary use of services and consumption of drugs.

Physicians should be aware of the importance of not only being honest but also appearing so, and therefore should always act transparently and avoid being involved in health lobbies activities, especially when doing so legitimates them.

Hence, physicians with the support of professional associations should define how to proceed when faced with situations with a conflict of interests that cannot be avoided with preventive measures.



**Physicians will act with  
honesty and transparency  
resolving all conflict of  
interests free of outside  
influences**



## **2.9. A physician committed to patients and health care organisations**

In present working conditions, the physician has to deploy intelligent leadership and exert multiple capacities in order to deal successfully with the changing context. Physicians ought to understand that leadership must be exercised with conviction above all in order to be acknowledged by others.

Physicians cannot skip responsibilities inherent to teamwork characterising modern complex organisations. Physicians must be committed to high standards, demonstrate a responsible attitude and be willing to collaborate with other health care professionals that should be seen as partners in attaining the desired goals.

Furthermore, physicians ought to demonstrate an unwavering commitment to the organisation beyond their claims for participation in its governance. Only in this way may physicians be able to maintain their working autonomy and forge positive relations with the organisation's managers. Certain elements of management are substantial with it and cannot be denied so adequate affirmative schemes in support of professional autonomy must be worked out.

Finally, physicians should understand that giving meaning to their activities is their own responsibility. The more they play the role of victim the more fragile and defenceless they will become, losing self-esteem and progressively blurring their professional profiles, thereby weakening the capacity to influence others and the ability to demand suitable working conditions.





**Physicians will lead with conviction and responsibility to achieve health care goals and recognition**

**Physicians will be committed to the organisation and undertake all management duties inherent to their professional role**



## 2.10. A physician who embodies professionalism

Physicians ought to embrace and fully live the professional ideal. Without giving up their right to leisure and enjoyment of family life, physicians with a professional vocation accept that the professional ideal impacts all facets of their life.

Elitism, derived from meritocracy, a basic trait of the professional ideal and opposed to a misunderstood egalitarianism, must be accepted without shame. Elitism, far from entailing greater privileges, demands a stronger commitment to higher ethical standards of service, whilst meritocracy, deriving from the principle of “equal opportunities” allows each to reach a level corresponding to efforts and capacity demonstrated. It is well known that equality that fails to recognise differences, or, considering equal whatever is different, constitutes a case of injustice and demoralisation.

On completing basic education and specialist training, physicians should embark on a lifelong learning process that will enable them to attain optimal levels of professional performance and a constant enhancement of their skills to provide services at current scientific-professional standards. Hence, physicians must strive for excellence avoiding decay in their performance over time.

Lifelong learning and continuing professional development are basically ethical responsibilities of physicians, although under current working conditions the employer also shares in part this commitment. Shifting the primary obligation of professional development to the employer and neglecting one’s own commitment to it damages the professional image of medicine.

Physicians ought to continually and critically reflect on their own performance so as to permanently improve it and accept that, as stated by the Academy of Medicine in its renowned report “*To Err is Human*”, learning from errors is the best preventive strategy and that attitudes of error denial are not conducive to improvement.



**Physicians will fully embrace  
the professional ideal**

**Medical elitism is the  
consequence of the higher  
ethical-professional standards  
of their service**



Since physicians are socially accountable agents they should accept regulations of their practice, to which end they should collaborate with their professional associations, committing themselves to the self-regulation component of shared co-regulatory processes. Furthermore, physicians ought to fully accept the introduction of periodical credentialing measures to certify that their professional capacity and competence are up- to- date. Physicians should look at this trend not as a threat but rather as an opportunity to be recognised as an accountable and competent professional.



**Physicians will be fully accountable, accept regulations of their professional performance and collaborate with the professional body responsible for self-regulation**







**How  
TO BRIDGE  
THE GAP**

Whilst the previous chapters dealt with the profiles of doctors today and the traits we would like to see in future physicians, this chapter deals with the health care system's agents and what role should they play in bridging the gap towards an optimum future.





### 3.1. Medical Schools

As Medical Schools are the places in which future physicians begin the process of becoming what they will be, here is where changes ought to start.

First of all, the candidate admission's criteria should incorporate personal and vocational profiles in addition to academic performance, which is currently the only criteria utilised.

The present curricula should also be modified to attain the desired outcomes that in turn should be defined in a measurable form. Curricular changes should include a balance between the scientific and technical components and the humanistic, including communication skills, ethical reasoning capacities and the development of professionalism values.

New assessment methodologies, for formative and summative purposes, need to be incorporated. They should explicitly attempt to assess the new, transversal, outcome objectives, since, as is well-known, assessment drives learning.

Learning to learn is a basic tool needed for a lifelong learning profession, and critical awareness for self-assessment is the basic element for learning motivation. Both must become essential educational outcomes of medical schools' curricula. Furthermore, the whole educational system should fill present gaps between educational cycles (basic-postgraduate-continuing education) in order to foster *educational continuum*.

The criteria used for selection and evaluation of teaching staff should be accordingly updated. The "*hidden curriculum*" should become explicit and assessed in order to receive the recognition it deserves, since it establishes, through a role modelling effect of teaching staff, basic behavioural patterns of future physicians.

The length of basic education may be reduced with a better distribution of curricular contents and coordination of educational objectives with postgraduate specialist training. Universities ought to foster links between Medical Schools and schools in other health professions as learning together facilitates working together.



### 3.2. Postgraduate specialist training providers

The postgraduate cycle is the main component in conforming professional attitudes although, nowadays, we are only concerned with special knowledge and skills to be acquired by residents. All the agents involved in this educational cycle – the Department of Health, the National Council of Medical Specialties, the accredited health care organisations and the accredited educational programmes – should be aware of the changes required and take measures to implement them.

Firstly, criteria and procedures for selection and distribution of candidates should take into account the complete profile of the candidate, exceeding current limitations that only take into consideration theoretical knowledge.

Specialist training should change from the present “*comb*” model, with forty or so individualised specialties to the “*tree*” model with two-three levels of specialisation originating from fewer (4-6) trunks. Different kinds of medical specialist are needed in the health care system. Some may be of a more technical profile than others but basic common traits acquired on a basic level should not be lost in the process of acquiring more specific ones at higher levels of specialisation.

Training curricula cannot further neglect ethical development in professionalism values of trainees nor general skills such as information management or the workings of the health care system.

The selection and assessment of tutors-mentors should be better handled given the relevant role they play in the “hidden curriculum” as “role models” in shaping attitudes of future specialists. The formative and summative assessment of trainees, on a credible basis, has yet to be developed, almost out of nothing, if the system wants to know how it is really performing and be accountable for the quality of what it produces.

The postgraduate specialist training system should avoid further advancing in its fragmentation with an increase in the number of “independent” specialties without a reorganisation of the system, since this trend distorts the medical profession into a cloud of highly skilled technicians with a very limited scope of expertise.



### 3.3. Employers

Public and private health care organisations, employers of doctors and other health professionals, should undertake reforms geared to improving how they are deploying them to perform health care tasks, since they are the ones with the required knowledge, and are, without doubt, their most important asset. The value of health professionals for health care organisations is much greater than reflected in their salaries and should play an institutional role that is more important than the one played by the employees of a standard organisation producing standard goods or services.

Health care organisations are not industrial organisations where know-how is located at director levels; instead they are knowledge intensive organisations where know-how lies where services are provided by the professionals. Professional knowledge being basically of tacit nature and used in a discretionary manner for the benefit of patients cannot be as easily subjected to normalisation as academic knowledge that is of an explicit nature. As a consequence, the best professionals are not necessarily those that follow protocols and guidelines most strictly but rather those that know when and how they should deviate in their application for the benefit of a given patient.

Employer organisations should know how to align the physician's commitment within a flexible working frame that allows them sufficient self-management capacity to develop their leadership role. They should adopt flexible working systems capable of priming jobs well done over compliance of established procedures.

Since the medical professional has to deal with a complex web of interests and conflicting priorities, employer organisations ought to develop incentive mechanisms, besides the financial ones, and learn how to benefit from internal motivations driving physicians in order to maximise their performance.

In this regard they should now use the possibilities offered by implementation of regulations concerning "*Continuing Professional Development*" and "*Professional Career*", ensuring the two are not mixed



so as to construct the second as a recognition of accomplishments of the first, which is based on personal performance and commitment in search of excellence. If health care organisations aim at simultaneous improvement of quality and reduction of costs, new incentive remuneration policies, a long way from rigid egalitarian administration systems, will be required.

In order to guarantee the continuity in care provision to which the patient is entitled, health care provider organisations must take full advantage of possibilities brought about by information and communication technologies as well as latest managerial approaches for knowledge intensive organisations, thereby overcoming regulatory restrictions in order to adapt working of the multi-professional health teams to the characteristics of each institution.



### 3.4. Professional Associations

Professional associations ought to lead the medical profession. In order to fulfil their leadership they must visualize future scenarios where physicians will be able to overcome the prevalence of the complaint culture.

Professional associations must remain updated, improve their own management and increase their representative strength in order to become the true think tanks of the profession. They will first have to concentrate on fighting the increasing lack of interest by physicians in them, which weakens them enormously.

They need to enter forcefully into the question of conflict of interests that so often emerges in the medical practice, as well as establishing transparent policies to deal with error management by leading quality and security. They should also commit themselves in support of continuing medical education and continuous professional development of their members as these constitute the *ethos* of the medical profession.

The College of Physicians and Scientific Societies should be able to understand their primary functions and responsibilities, concentrate their activities on them, and work in different fields than labour Unions in order to avoid interfering with each other and useless competitiveness among them.

But at the same time, they must know when cooperation is necessary and fruitful and so be able of initiating joint initiatives and ensuring the profession speaks to society with a single voice. They ought to seek alliances with other health agents and patient associations and should become preferred partners for an improvement of the health care system.

Since health authorities (central and autonomous governments) are the regulatory agents that formally express the social covenant of the medical profession, it is of utmost importance for medical associations to establish smooth relationships with them. They need to demonstrate that they are willing and able to comply with their part of the profession's co-regulation: professional self-assessment.



To this end, they must launch new credentialing initiatives: *relicensing* (College of Physicians) and *recertification* (scientific Societies), acceptable to professionals and credible for society. Such initiatives ought to be based on the availability of remedial programmes to help overcome performance shortcomings so that physicians can see them as improvement opportunities.



### 3.5. Health Administration and Authorities

The central and autonomous governments and their health administrations must play their role of social regulatory agent and be clear, especially in the case of autonomous administrations and governments, that this role should not be confused with the subsidiary role of employers for the public sector, as occurs all too frequently. This overlap of functions generates confusion and misunderstandings that mainly affects their regulatory role, which by nature should be neutral, but, instead, causes an increase of rigidity and bureaucratic procedures in the health sector. In many of our neighbouring countries the public health care system is managed autonomously, free of political influences, which is something that should also be done here.

Regulatory health authorities should also establish a framework for cooperation with health professions, whose representative bodies also carry public responsibilities. The College of Physicians in Spain, like other health professional colleges, is a public corporation, recognised in our Constitution as such, with well defined competencies and social obligations to be accountable for. In domains like assessment of professional competence of licensed physicians, the government should neither interfere nor arrogate their competencies, but should demand and also regulate a stringent fulfilment of their statutory obligations. Any attempt to modify the present constitutional status should be previously clearly defined and agreed with the medical profession before being implemented.







# RECOMMENDATIONS

## 1. University

Admission criteria to medical schools should be amended

---

Medical school curricula should be modified, taking into consideration what should be learned at postgraduate level, allowing the inclusion of topics that are at present lacking.

---

Adopting new assessment methodologies aligned with educational goals for formative and summative purposes

---

Clearly direct the educational process at capacitating students in self-directed learning and self-assessment

---

Assess comprehensively teaching staff and use this for selection and promotion

---

Facilitate the incorporation of basic education as the first phase of the educational continuum

---

Make the hidden curriculum visible by explaining its objectives and incorporating its outcomes into the assessment process

---



## 2. Postgraduate Specialist Training

The criteria used at the postgraduate specialist admission exam (MIR exam) should be modified

---

The specialist training curricula should be adapted to social needs

---

New methods should be used for formative and summative assessment

---

The objectives of the “hidden curriculum” should be made explicit and assessed

---

The real need to create new training programmes to cover new required skills should be considered

---

A more flexible and stratified model to reverse present fragmentation trend should be developed.

---



### 3. Employers

Recognise the role of physicians as owners of knowledge required by the health care system

---

Recognise the tacit nature of professional knowledge and the discretionary nature of professional work

---

Adapt health care teams to new functions

---

Introduce self-management procedures

---

Increase flexibility to working conditions

---

Introduce incentives of a non-financial nature

---

Benefit from deployment of professional careers and recognition of continuous professional development

---

Overcome egalitarianism and bureaucratisation in the public health care system

---

Secure quality and security of care and look for new knowledge management schemes

---



## 4. Professional Associations

Forge alliances with other health care agents

---

Cooperate with health authorities seeking consensus in the field of shared professional regulation

---

Introduce reasonable and feasible re-credentialing procedures

---

Overcome the “complaint culture”

---

Develop the role of “think tank” for the whole profession

---

Reverse the present lack of commitment by physicians towards the medical profession

---

Regulate and discipline the conflict of interests

---

Establish policies for error’s management

---

Commit to developing and implementing professional careers and continuous professional development

---

Clarify territorial conflicts of professional performance

---



## 5. Health Authorities and Administrations

Clearly separate the roles of policy-makers and regulators from that of managers and employers

---

Accept and outline the responsibilities of professional shared regulation

---

Coordinate departments with educational responsibilities in order to achieve educational efficiency and “educational continuum”

---



***EL METGE  
DEL FUTUR***





## DOCUMENT DE POSICIÓ

Aquest *Document de posició* s'estructura en quatre apartats. Els tres primers es corresponen amb les tres qüestions formulades als experts participants en el projecte i d'acord amb les quals van elaborar els seus documents d'opinió. En el quart apartat es proposen diferents recomanacions per als agents implicats.

Quin tipus de metge tenim  
Quin tipus de metge volem  
Com superar la bretxa  
Recomanacions per als agents implicats

Els dos primers apartats ofereixen un alt grau de correspondència, de manera que la numeració de les afirmacions de l'apartat 1 es correspon força fidelment amb la de l'apartat 2, cosa que permet al lector passar d'un apartat a l'altre amb facilitat per contrastar les afirmacions i poder fer-se una idea més precisa de la bretxa entre la situació actual i la situació desitjable. Pel que fa a l'apartat 3, segueix una línia diferent perquè se centra en les propostes que es fan als diferents agents involucrats amb l'objectiu de superar aquesta bretxa. Finalment, a l'apartat 4 es presenten les recomanacions més rellevants o les que poden obrir camins per aconseguir el millor metge possible.



## 1. QUIN TIPUS DE METGE TENIM

Pretendre dissenyar un panorama general del tipus de metge actual és massa arriscat, ja que hem de comptar amb, almenys, tres àrees de diferenciació:

- Existència d'una professió molt fragmentada, amb perfils desiguals i comportaments diferenciats.
- Existència d'un hiatus generacional, situat al voltant dels 35-40 anys, que introdueix maneres molt diferents d'entendre i d'exercir la professió.
- Existència de diferències de gènere que augmenten amb l'increment incessant de la proporció de dones metge al col·lectiu professional.

Tot i així, creiem que es pot proposar un perfil general de metge actual que respongui a comportaments bàsics comuns i que permeti establir les bases per avançar propostes de superació de la bretxa, en relació amb el tipus de metge que seria desitjable. Com s'exposa a la "Introducció", el metge de què parlem es refereix bàsicament al prototip de metge tradicional: el que té activitat clínica, visita pacients i hi estableix la relació metge-malalt.

És notori que no tots els professionals presenten les característiques tal com les exposem a continuació, però cal que deixem clar que les característiques que es relaten respecte al metge que tenim són una realitat i no una caricatura de metge inexistent. L'estudi es basa en una anàlisi qualitativa que permet mostrar imatges reals. És possible que molts professionals no s'identifiquin amb les característiques que es proposen del metge actual, és cert, però no és menys certa la presència d'un grup de professionals que sí que són el reflex d'aquestes característiques, la presència dels quals és suficient per contaminar tota la professió.

S'han identificat deu escenaris paradigmàtics on es desenvolupa l'exercici professional del metge actual, dins dels quals s'analitzen diverses característiques que contribueixen a dissenyar el perfil genèric del metge que tenim (Taula 1).

Taula 1. Escenaris on es duu a terme l'exercici professional del metge actual

El metge en el paradigma fisiopatològic osleria
El metge i la medicina basada en l'evidència
El metge i la medicina basada en la tecnologia
El metge i les creences
El metge a la societat del benestar
Papers complementaris del metge: gestor de casos i cuidador
El metge i la modificació dels límits salut/malaltia
El metge davant de noves exigències
El metge davant del canvi de les condicions laborals
El professionalisme mèdic qüestionat

Esperem que el lector sàpiga treure les conclusions pertinents d'aquesta descripció, i sigui capaç d'adaptar cada una de les afirmacions a situacions concretes, per a les quals no estan pensades.



### 1.1. El metge en el paradigma fisiopatològic oslerià

Des que va ser formulat pel gran inspirador de la medicina nord-americana moderna, W. Osler, en el segle XIX i en concordança amb les directrius de l'informe Flexner per al món acadèmic, el paradigma oslerià ha inspirat la pràctica clínica dels metges de tot el món occidental desenvolupat. El metge ha centrat l'atenció en la seva capacitat de diagnosticar entitats nosològiques establertes científicament i comportar-se com un agent decisor terapèutic per a les malalties que presenten els pacients que acudeixen a la consulta.

A partir d'aquest paradigma, s'ha consolidat el prestigi del metge hospitalari, posseïdor del coneixement científic i mèdic més avançat, capaç de tractar els mals dels seus pacients d'acord amb els avenços tècnics i farmacològics del moment.

### 1.2. El metge i la medicina basada en l'evidència

El quefer del metge s'inspira en el mètode científic, de manera que pretén recopilar totes les dades (signes i símptomes) i trobar les lleis que les regulen per donar una resposta, el diagnòstic. Per això, les malalties són vistes com entitats de base biològica, susceptibles de classificació definida i de tractament etiològic específic.

Com a complement d'aquesta tendència, el quefer mèdic ha esdevingut la simple aplicació per compartiments dels avenços científics i tècnics a la pràctica clínica, per establir millor el diagnòstic i el tractament de les malalties. El quefer mèdic es centra en el fet de tenir en compte la informació dura deixant de banda la informació tova, que esquitxa els relats dels pacients. Això fa que el metge defugui d'entrar en el domini d'allò que té sentit per a la vida del pacient i, en conseqüència, desaprofita bona part del potencial

**Qui poseeix  
el coneixement  
científic i mèdic  
més avançat és millor  
professional**

curatiu subjacent en aquesta actitud relacional, coneguda com efecte placebo.

L'ideari científic estimula el sentit crític i inquisitiu permanent, cosa que és altament positiva; això no obstant, quan es deixa de banda la falsabilitat popperiana i ens endinsem en la infal·libilitat dogmàtica, es cau en el científisme, que influeix negativament en les conductes i l'ideari de qui el defensa.

A continuació, és freqüent que el metge pretengui treballar en un marc de racionalitat científica, oblidant el component relacional de la seva trobada amb el pacient.

Com que no se sent còmode davant de la presa de decisions en ambients d'incertesa, com els que caracteritzen la relació amb pacients angoixats i atemorits, el metge acostuma a generar encara més incertesa i per si no proporciona confiança al pacient, cosa que es tradueix en una utilització més gran dels serveis sanitaris. En aquest sentit, és convenient recordar que ben bé un terç dels quadres que els pacients relaten, no es corresponen exactament amb cap entitat nosològica definida.

Actualment, i en relació amb els punts anteriors, ha adquirit força la que es coneix com Medicina Basada en l'Evidència (MBE), que pretén introduir elements de màxima racionalitat científica en les decisions clíniques.

Fonamentada en l'anàlisi crítica de les evidències disponibles a la literatura internacional, sense cap mena de dubte la MBE ha contribuït en gran manera a elevar el nivell mitjà de la qualitat assistencial i a abandonar comportaments basats en apreciacions individuals poc crítiques o experiències sense base empírica. Això no obstant, cal assenyalar les conseqüències negatives que ha suposat en la mentalitat del metge.

D'una banda, ha fomentat la fe cega en els protocols i guies d'actuació generals, que el metge aplica, sovint acríticament, a casos particulars. Això condueix inevitablement a errors i a pràctiques inadequades –o

**La medicina basada en l'evidència pot generar, en la mentalitat del metge, dues conseqüències negatives:**

- i) La fe cega i acrítica en guies i protocols, i**
- ii) La visió del pacient com un individu amb patrons de malaltia normalitzats que s'han de tractar de manera normalitzada**



francament incorrectes—, perquè els protocols i guies no poden contemplar, per raons òbvies, les característiques individuals del pacient. Sovint s'oblida que el bon professional mèdic és aquell que sap quan no aplicar davant d'un cas concret *sensu stricto* un protocol determinat.

D'altra banda, ha contribuït decididament a exaltar les virtuts del raonament científic determinista amb menyscabament del component relacional de l'actuació del metge, i a veure els pacients com individus amb patrons de malaltia normalitzats susceptibles de rebre atenció així mateix normalitzada, dissenyats a partir d'exigències que, sovint, no tenen res a veure amb la que s'entén com a bona pràctica clínica.

En aquest context, és freqüent trobar-se amb metges que saben raonar i calcular molt, però que saben escoltar molt poc.

### 1.3. El metge i la medicina basada en la tecnologia

El desenvolupament tecnològic de les últimes dècades permet situar el professional mèdic davant d'un escenari nou i, sobretot, ha fet que es conscienciï que la tecnologia obrirà, en les pròximes dècades, no només noves formes de diagnòstic i noves terapèutiques, sinó noves relacions tant entre el pacient i el metge com entre la malaltia i la medicina.

La tecnologia, per innovadora i espectacular, impressiona tothom; és el que Enrique Bernal i Salvador Peiró anomenen *fascinació tecnològica*. Per això, tot professional hauria de vigilar amb els miratges que la tecnologia genera i tenir clar que la tecnologia només és un mitjà i no un fi.

Per no enganyar-nos i ser conscients de la magnitud dels canvis tecnològics, hem de repassar, encara que molt sumàriament, alguns exemples de transformacions lligades directament a l'avanç tecnològic. Ningú

no pot dubtar que la relació metge-malalt ha patit un canvi considerable, perquè el malalt posseeix molts coneixements adquirits gràcies a les noves vies de difusió dels coneixements mèdics i al seu fàcil accés.

La tecnologia ha transformat totalment les comunicacions. En alguns camps l'aprofitament de la tecnologia per a la medicina és espectacular, com en el cas de les tècniques modernes d'imatge.

La implantació de xips subcutanis amb informació personal o amb un historial mèdic pot ser una fita per a ben aviat. Ja existeixen monitors remots de paràmetres vitals (glucosa o activitat cardíaca) que transmeten els senyals a un telèfon mòbil. És important valorar el naixement de noves ciències, com la bioinformàtica. Les conseqüències de l'èxit d'aquesta ciència seran la medicina genòmica, que alguns han anomenat medicina predictiva, i la farmacogenòmica, que permetrà el tractament individual amb fàrmacs de disseny desenvolupats *ad hoc*. La medicina predictiva permetrà identificar, entre els individus sans, aquells amb predisposició a emmalaltir.

En cirurgia s'espera, en un futur no llunyà, la intervenció mitjançant robots, especialment en operacions que requereixen un grau elevat de precisió.

La nanotecnologia permetrà la utilització de “nanoparells” i de “nanomecanismes” que localitzaran cèl·lules diana, s'hi uniran i alliberaran gens o drogues.

Moltes de les malalties que ens afecten tenen el seu origen en disfuncions del cervell. El coneixement de la seva funció serà profitós per a la nostra salut no només mental, sinó també física. Els principals avenços en neurociència han depès del progrés en altres disciplines i tecnologies, com la ressonància magnètica nuclear, la tomografia per emissió de positrons, la magnetoencefalografia i l'estimulació cerebral magnètica transcranial, que amb la seva millora permetran un diagnòstic més precís i precoç. La neurociència també s'ha aprofitat de la producció d'animals transgènics i dels coneixements del genoma humà, del desenvolupament en informàtica



**La tecnologia només és un mitjà i no un fi**

**El metge s'acosta amb freqüència al "sanitarisme coercitiu" en pro d'una salut perfecta i obligatòria per a tota la població**

i de l'augment de la capacitat d'emmagatzematge i d'anàlisi d'ingents quantitats de dades.

El desenvolupament de la informàtica està aconseguint que les màquines s'acostin cada vegada més a determinades funcions cerebrals. La intel·ligència artificial i el desenvolupament en la construcció de robots seran temes rellevants en un futur no gaire llunyà. Aconseguir interfícies entre l'home i la màquina, amb xips implantats, pròtesis i mètodes similars, servirà per superar algunes lesions neuronals. La miniaturització ha obert expectatives d'implants de pròtesis internes i externes que substitueixin funcions malmeses o desaparegudes.

La tecnologia actual ha permès a la neurociència escometre problemes que tradicionalment pertanyien a altres disciplines, com la filosofia, la teologia o la psicologia. Avui dia s'estan investigant amb mètodes científics i naturals problemes com el de la consciència, el jo, l'espiritualitat, la realitat exterior, etc. I s'està plantejant la superació d'altres dualismes tradicionals com raó/afecte, herència/medi ambient, neurologia/psicologia.

#### 1.4. El metge i les creences

Ara, com abans, continuen existint propostes utòpiques sobre la consecució d'un estat de salut ideal per a tothom, que s'equipara a la felicitat, que ja en el seu moment va criticar el biòleg R. Dubos.

Actualment aquests plantejaments utòpics s'encarnen, bàsicament, en les propostes preventives, de promoció de la salut, d'educació sanitària i de cribratge de la població. És just afirmar que bona part d'aquestes propostes són perfectament raonables i estan orientades a finalitats comprensibles i lloables; però algunes cauen clarament en abusos difícilment justificables, que comporten una creença absurda en l'evitabilitat de la malaltia i de la mort, que es veuen com un fracàs de les actuacions preventives, mèdiques i sanitàries i no com fets naturals, inserits en la pròpia essència de la vida humana.



Els qui s'emmarquen en aquestes propostes utòpiques fomenten decididament el culte a la salut, una tendència característica del nostre temps de conseqüències preocupants i que, amb freqüència, acaben en la defensa d'allò que alguns han anomenat "sanitarisme coercitiu", que pretén aconseguir un estat de salut perfecte obligatori per a tota la població utilitzant mètodes de base conductista per a la modificació de les conductes individuals. Cal reconèixer que aquestes propostes s'acosten a posicions totalitàries, difícilment acceptables en l'actualitat i encara més difícilment compatibles amb els postulats de l'ètica mèdica.

### 1.5. El metge a la societat del benestar

En els últims cinquanta anys, a la majoria de països desenvolupats s'ha implantat l'anomenat "estat del benestar", caracteritzat per una protecció àmplia del ciutadà en els àmbits de la salut, de l'educació i dels serveis socials, que esdevenen responsabilitat de l'estat, que en garanteix el finançament gràcies als impostos.

En l'àmbit concret de la salut, aquesta es veu com un dret fonamental que l'estat ha de satisfer de manera adequada a través dels serveis sanitaris públics, complementats pels privats, en què el metge desenvolupa un paper de tècnic superior al servei de les institucions sanitàries per satisfer les demandes creixents d'una població hiperprotegida. D'aquí ve l'escalada de reclamacions exigint cada vegada més prestacions, la limitada tolerància davant de les demores i l'exigència de qualitat contrastada que eviti tota mena d'errors i conseqüències indesitjables.

En aquest mateix sentit, cal assenyalar que, molt sovint, les demandes de la població se centren en la que alguns han anomenat "medicina de complaença", que comporta actuacions d'escàs valor sanitari però de cost elevat. Als EUA, amb un sistema sanitari altament mercantilitzat, s'ha calculat que fins a un terç

**El metge desenvolupa un paper de tècnic al servei de les institucions sanitàries per satisfer les demandes d'una població hiperprotegida**

**L'aparició de la "medicina defensiva" pretén evitar enfrontaments amb el pacient quan no obté allò a què creu que té dret**

**La tolerància del metge contribueix a la hiperfreqüentació**

de les actuacions mèdiques contribueixen molt poc o gens a millorar l'estat de salut dels pacients-clients.

Tot això comporta l'aparició de l'anomenada "medicina defensiva", amb una gran quantitat de proves i d'actuacions innecessàries, de vegades iatrogèniques per al pacient, i una actitud condescendent per part del metge, que pretén evitar enfrontaments derivats de la frustració del pacient per no obtenir allò a què creu que té dret.

Aquesta combinació d'exigència creixent de la població i d'actitud tolerant del metge explica gran part de les disfuncions pròpies del sistema sanitari espanyol com, per exemple, l'abús de la utilització dels serveis d'urgències hospitalaris o la hiperfreqüentació en l'àmbit de l'Atenció Primària.

## 1.6. Papers complementaris del metge: gestor de casos i cuidador

Com afirmava Tudor Hart fa uns anys, la medicina moderna ha canviat la mortalitat primerenca per una morbiditat crònica. Certament, en l'actualitat les grans causes de mort en edats precoces han estat eradicades gràcies als avenços preventius i terapèutics, amb la qual cosa l'esperança de vida de la població s'ha ampliat considerablement i han emergit, com a problema sanitari de primer ordre, els trastorns crònics, la majoria de caràcter multifactorial, no curables i coexistent-ne més d'un en un mateix pacient.

Això planteja nous reptes al metge actual, especialment preparat per fer front a les condicions agudes i semiagudes curables, però no tan preparat per actuar eficaçment en les condicions cròniques incurables, que acompanyen el pacient durant molts anys en l'últim tram de la seva vida. Com a conseqüència, el metge acostuma a prestar una assistència fragmentada i discontinua, just el contrari d'allò que es requereix per al maneig adequat de les condicions cròniques.

**Amb l'increment de l'esperança de vida han sorgit pacients amb múltiples trastorns crònics no curables**

**El maneig de les malalties cròniques acostuma a ser fragmentat i discontinu**





## 1.7. El metge i la modificació dels límits salut/malaltia

Sota la influència de diferents agents, amb interessos de vegades espuris, s'estan redefinint els límits salut/malaltia, en el sentit d'assimilar cada vegada més condicions considerades tradicionalment com fisiològiques a situacions que s'emmarquen dins del nou patró de malaltia, com ara la menopausa, la disminució de la potència i de l'apetit sexual amb l'edat, el dol, el cansament, l'estrès o la baixa estatura, entre d'altres.

A més, com a conseqüència de la incorporació a l'acerbitat del metge clínic, dels anomenats factors de risc de patir alguna malaltia en el futur, amb freqüència es fa un abús de la teoria del risc subjacent en la seva utilització. D'una banda, s'acostuma a oblidar que la noció de risc és de base probabilística, mancada de significació lògica i determinista a escala individual i, d'altra banda, s'acostuma a fer un abús ostensible de la naturalesa d'aquests factors quan se'ls equipara a veritables causes de malaltia que, lògicament, no són.

Com que la societat adjudica al metge la capacitat normativa de definir allò que és malaltia, la seva col·laboració, de vegades interessada i sovint poc conscient, amb aquells agents a l'hora d'ampliar l'espectre de les malalties el col·loca en una situació compromesa, de la qual no sempre sap sortir-se'n, cosa que comporta un canvi d'imatge, amb freqüència negatiu, davant de la societat.

## 1.8. El metge davant de noves exigències

Sota la influència dels corrents economicistes dels últims temps, la salut s'està mercantilitzant i convertint en un producte de consum més a l'abast de la població, que, d'aquesta manera, es converteix en client sanitari i accepta irreflexivament el que fa

**S'estan redefinint els límits de salut/malaltia, assimilant a patològiques condicions fins ara considerades fisiològiques**

**El metge es pot convertir en un agent col·laborador dels grans *lobbies*, cosa que pot plantejar conflictes d'interessos**

temps J. Attali va definir com a “bricolatge de la vida”. A través d'aquest procés d'industrialització de la salut, allò humà s'acaba transformant en matèria vivent i l'individu, en mercaderia.

En la majoria de casos, aquest desplaçament del concepte de salut es produeix amb la col·laboració, més o menys conscient o interessada, del metge, que passa a convertir-se en un agent col·laborador necessari dels grans *lobbies* comercials i industrials sanitaris, cosa que molt sovint planteja conflictes d'interessos.

## 1.9. El metge davant del canvi de les condicions laborals

De ser uns professionals eminentment liberals, els metges han passat a convertir-se, majoritàriament, en assalariats de les grans corporacions sanitàries, públiques i privades.

Aquest procés d'assalariament/proletarització dels metges comporta conseqüències transcendents per a la professió en conjunt. Aquesta progressivament va perdent trets d'identitat i es converteix en un grup ocupacional més, amb vocació d'aconseguir un estatus funcional que garanteixi l'estabilitat laboral, que es va endinsant progressivament en la cultura de la queixa com a tret d'identitat de la seva situació professional. Exhibeix quotidianament la síndrome del *burn out* i manifesta la seva desmotivació.

D'altra banda, dins de les organitzacions ocupadores, el metge troba dificultats cada vegada més grans per mantenir la capacitat d'organitzar la seva pròpia feina i definir els límits de la seva actuació. El professional entra a les rutines i irresponsabilitats pròpies del treball en equip. Troba dificultats creixents per defensar l'elevat component de coneixement tàctic que caracteritza el seu saber i expertesa, davant del predomini clar dels patrons de coneixement explícit, en uns ambients en què s'han introduït plenament el

**El metge s'ha convertit, majoritàriament, en assalariat**

**El procés d'assalariament/proletarització comporta la pèrdua de la identitat com a professional**



procediment estandarditzat i la programació centralitzada, en què poc importa el treball ben fet i es veu amb suspicàcia la discrecionalitat.

En aquests ambients laborals és freqüent que es produeixi allò que el metge entén com interferències d'altres en la seva tasca i que hagi de portar a terme el seu treball en condicions que comporten riscos excessius per al pacient. No és infreqüent que reclami i exigeixi participar en la presa de decisions encara que, a la pràctica, acostuma a vantar-se d'uns nivells de compromís limitats, cosa que contribueix poderosament a augmentar el poder dels gestors.

### 1.10. El professionalisme mèdic qüestionat

Com a conseqüència de la influència de factors interns i externs a la professió, actualment molts metges viuen un ideal professional francament devaluat, que acostia el seu perfil al d'un membre d'un grup ocupacional qualsevol i l'allunya del professional compromès, posseïdor d'un elevat sentit ètic i una decidida vocació de servei.

No és infreqüent trobar metges que viuen la seva professió a temps parcial, adduint el seu dret al lleure i a compatibilitzar la vida laboral i la familiar, i que se senten incòmodes amb el compromís d'autoregular-se, de mantenir permanentment actualitzada la seva competència i de retre comptes a la societat.

Així mateix, és habitual que, una vegada finalitzat el període de formació bàsica i d'especialitat, el metge entri en un procés de formació discontinua, que entén prioritàriament com una obligació de l'ocupador, oblidant el seu component essencial d'exigència ètica i professional.

En un context d'igualitarisme a ultrança, a molts metges els costa entendre el component elitista de la professió, entès no com a prebendes i privilegis sinó

**Hi ha metges que se senten incòmodes amb el compromís d'autoregular-se i de retre comptes a la societat**

**Hi ha metges que no entenen el component elitista de la professió com un compromís ètic i científic**

com un nivell més gran de compromís ètic i científic. I, en general, existeixen molts metges que mostren una valoració escassa de la seva capacitat decisòria, autonomia, responsabilitat i autoestima, cosa que els fa proclius a emmarcar-se entre els que se senten més còmodes instal·lats a la “cultura de la queixa”, atribuïnt a d’altres la culpa de les deficiències i limitacions pròpies.

En aquest mateix sentit, fent gala d’una visió desenfocada, és freqüent trobar-se amb metges que mostren un allunyament ostensible cap a les seves associacions professionals, les quals, per la seva part, sovint tampoc no són capaces de trobar el seu lloc ni d’exercir el lideratge indispensable en temps de crisi com els actuals.

Ni els uns ni les altres no solen entendre clarament la necessitat de redefinir el contracte social, sobre el qual se sustenta la seva posició davant de la societat i del govern, i d’aquí la situació d’ambigüïtat en què es troben actualment, amb greus amenaces per a la seva permanència com a professió legitimada i diferenciada.

## 2. QUINA MENA DE METGE VOLEM

D’acord amb els deu escenaris identificats a l’apartat anterior, en aquest es tracta de donar resposta als reptes que deriven del tipus de metge actual i de dissenyar un perfil de metge del futur (Taula 2). Com en el cas anterior, es tracta d’un perfil genèric, susceptible d’especificacions molt diverses, que el lector haurà d’imaginar.

**Taula 2. Perfil professional del metge del futur**

---

Un metge que tracti malalts, no malalties

---

Un metge amb actitud crítica

---

Un metge comunicador i empàtic

---

Un metge responsable individualment i socialment

---

Un metge que prengui bones decisions per al pacient i per al sistema

---

Un metge líder de l’equip assistencial

---

Un metge competent, efectiu i segur

---

Un metge honrat i en qui es pugui confiar

---

Un metge compromès amb el pacient i amb l’organització

---

Un metge que viu els valors del professionalisme

---



## 2.1. Un metge que tracti malalts, no malalties

Sense haver de renegar del paradigma oslerià, que intenta identificar entitats nosològiques abans que res, el metge que volem ha de ser capaç d'adaptar-les a la realitat de cada pacient, amb el seu entorn sociocultural propi i la seva manera de veure i de viure el món.

En aquest context, a més de fer coses al pacient, el metge ha de saber fer coses amb el pacient i ha de ser capaç d'aprofitar l'enorme potencial que representa involucrar-lo en el maneig adequat de la seva malaltia, convertint-lo en un col·laborador actiu des de la seva posició. En aquest sentit, cal emfatitzar el fet que l'asimetria en la relació metge-pacient no és, per si mateixa, negativa. Allò que és negatiu i que cal evitar per damunt de tot és que aquesta asimetria, l'aprofiti el metge per a finalitats espúries. Si la canalitza adequadament en benefici del pacient, constitueix un enorme potencial curatiu, d'acord amb l'autoritat moral, científica i tècnica del metge, que genera confiança i es tradueix en un efecte placebo beneficiós.

## 2.2. Un metge amb actitud crítica

En el context de la relació metge-malalt, el primer s'ha de saber moure en unes coordenades caracteritzades per l'indeterminisme i l'ambigüitat, amb grans dosis d'incertesa.

Ha de saber incorporar tots els avenços científics que aporten novetats rellevants per a la pràctica clínica i no adoptar actituds *luditas* davant de les noves tecnologies, que l'enfonsin en una bretxa digital cada vegada més insalvable. Per damunt de tot, ha de defugir el científisme i mantenir l'actitud crítica pròpia del mètode científic, i estar obert a l'avaluació de les seves actuacions tenint sempre en ment l'afirmació de L. Wittgenstein: "Fins i tot quan totes les preguntes

**El metge que volem  
adaptarà les entitats  
nosològiques a la  
realitat del pacient  
i l'involucrarà en el  
maneig de la seva  
malaltia**

científiques han obtingut resposta, encara no s'han tocat els nostres problemes vitals”.

I és que, en efecte, l'abordatge científic es mostra capaç de donar resposta a determinades qüestions de la naturalesa, però és incapaç d'oferir-la a molts dels problemes que preocupen els pacients, relacionats amb la vida, el patiment i la mort. De fet, com va afirmar E. Fromm: “Com més aprofundim en la profunditat del nostre ésser o en la de l'altre, més s'allunyarà de nosaltres la meta del coneixement total”. Per això, fer de metge consisteix bàsicament a ajudar el pacient més que no pas a construir un discurs racional sobre la seva malaltia.

A més de saber-se moure en el món fàctic i positivista, el metge que volem s'ha de saber moure, per damunt de tot, en el món dels valors, que impregnen explícitament o implícitament els relats dels pacients i que, en definitiva, són els que donen sentit a la seva vida i a la seva malaltia.

### 2.3. Un metge comunicador i empàtic

El nou desenvolupament tecnològic no només permetrà una vida més plena i sana en el futur, sinó que canviarà la imatge que tenim del món i de nosaltres mateixos. Podem estar segurs que aquesta imatge que avui tenim és, en molts aspectes, completament equivocada.

Així doncs, ens hem de preparar davant dels canvis que la tecnologia imposarà en àmbits que van més enllà dels pròpiament tecnològics. És clar que no es tracta de lluitar “contra la tecnologia”. Cal assumir les tendències que avui observem i que transformaran la medicina en un futur molt pròxim. Per això el nou metge no es limitarà a observar aquests canvis, sinó que intentarà canalitzar-los perquè la medicina continuï estant al servei de les persones i no de les malalties o de les màquines.

**El metge donarà prioritat a ajudar el pacient abans que no pas construir un discurs racional de la seva malaltia**

**Com que els valors del pacient donen sentit a la seva vida i a la seva malaltia, el metge els tindrà sempre en compte**



Davant del metge que s'escuda darrere de la pantalla del seu ordinador o darrere de la informació que proporciona la instrumentació cada vegada més sofisticada i que el separen del pacient, el nou metge utilitzarà la informació i el temps que la tecnologia li deixa disponible per millorar o incrementar la comunicació amb el pacient. El nou metge, conscient que la tecnologia també té inconvenients, ja no s'hi sentirà "fascinat", sinó que es preocuparà per utilitzar-la convenientment en benefici del pacient. En definitiva, el nou metge prendrà decisions i executarà accions basades en el seu criteri clínic i no, exclusivament, en la tecnologia.

Davant del metge que utilitza indiscriminadament els protocols com a guia de la seva actuació, postulem un metge que sàpiga adaptar-los adequadament a cada cas i que, per damunt de tot, sàpiga establir una relació empàtica amb el pacient, basada no només en la utilització de la informació dura, obtinguda a través dels procediments diagnòstics que possibilita la tecnologia avançada, sinó també en la informació tova, obtinguda a través de la relació de diàleg.

Enlloc d'un metge que analitza i calcula, volem un metge que escolta. Més que acumular una gran quantitat d'informació, el metge que volem ha de ser capaç d'interpretar-la, tenint present en tot moment allò que es pregunta T.S. Eliot: "On és la saviesa que hem perdut en coneixement? On és el coneixement que hem perdut en informació?"

Així doncs, ha de ser un metge que es preocupi tant per l'afectivitat com per l'efectivitat; un metge que, més enllà d'establir contractes amb els pacients, sigui capaç de guanyar-se la seva confiança; i un metge que, a més, sàpiga conciliar allò racional amb allò relacional, tenint clar que si allò racional només és medicina dolenta, allò relacional no és ni medicina.

**La tecnologia obrirà no només noves formes de diagnòstic i terapèutica, sinó també noves relacions entre metge i pacient**

**El metge utilitzarà la tecnologia convenientment en benefici del pacient**

**El metge sabrà escoltar abans que no pas analitzar i calcular; es preocuparà tant per l'afectivitat com per l'efectivitat, i es guanyarà la confiança del pacient**

## 2.4. Un metge responsable individualment i socialment

El metge del futur ha de saber fugir dels cants de sirena que proclamen la possibilitat d'aconseguir un estat de salut perfecte i ser conscient de l'aportació limitada de la medicina, en general, i del metge, en particular, a la salut de la població i de l'individu.

En aquest sentit, ha de saber limitar les expectatives dels individus en lloc d'estimular-les i de delimitar, en el terme just, els beneficis derivats de les propostes de prevenció, de promoció de la salut, d'educació sanitària i de diagnòstic precoç a través dels cribratges de la població.

Ha de saber involucrar el pacient en la presa de decisions conjuntes, orientades a limitar la utilització d'aquestes propostes, i acceptar les que hagin demostrat de manera fefaent la seva utilitat i rebutjar les que estiguin insuficientment fonamentades. I en tots els casos, exposarà amb claredat al pacient les limitacions de la medicina actual i la inevitabilitat de la malaltia i de la mort, de la qual no ha d'evitar de parlar, en termes adaptats a cada cas i a cada circumstància.

De fet, és al metge a qui el pacient i els seus cercles pròxims esperen sentir a parlar de la mort amb serenitat i respecte, però sense reticències ni embuts. No fer-ho, deixant-ho a mans d'altres professionals sanitaris, constitueix una de les raons per les quals la relació metge-malalt es veu deteriorada i el paper del metge devaluat al d'un tècnic superior, que únicament sap aportar solucions científiques i tècniques.

**El metge serà conscient de la capacitat limitada de la medicina enfront de la salut i sabrà comunicar-ho al pacient i fer front a la inevitabilitat de la malaltia i de la mort**





## 2.5. Un metge que prengui bones decisions per al pacient i per al sistema

En un context caracteritzat per uns recursos necessàriament limitats i per la superació de la clàssica afirmació que “la salut no té preu”, el metge ha d'exercir decididament el seu paper d'agent decisor i prioritari en la utilització dels recursos sanitaris que l'estat i els Empleadors públics i privats posen a disposició de la població. Ha d'evitar les derivacions innecessàries i l'ús abusiu i injustificat de les exploracions i dels recursos terapèutics.

Això comporta una responsabilitat dual o bifront que es caracteritza, d'una banda, pel paper racionador del metge en l'ús de recursos i, d'altra banda, pel d'advocat del pacient davant de les pretensions dels agents que anteposen l'interès de l'empresa, de la comunitat o de l'estat.

Èticament aquest paper del metge d'agent fiduciari del pacient, d'acord amb la confiança que aquest li diposita, sempre és prioritari però, a la pràctica, planteja problemes creixents a mesura que el metge treballa com assalariat dels grans Empleadors públics o privats, els quals pretenen imposar les seves polítiques de reducció de costos per damunt de tot. Per això, és absolutament necessari que el metge actuï amb prudència i sensibilitat, buscant en tot moment un equilibri raonable entre els beneficis individuals i comunitaris de les seves actuacions; que sàpiga treballar conjuntament amb les associacions de pacients, i que rebi tot el suport de les seves associacions professionals, que són les que poden actuar en qualitat de contrapoder de la resta d'agents del sistema.

**El metge decidirà  
l'ús dels recursos  
considerant els  
interessos del pacient  
i els de l'agent  
finançador i mostrarà  
un equilibri raonable  
entre costos i beneficis**

## 2.6. Un metge líder de l'equip assistencial

Al pacient que pateix alguna malaltia crònica, incurable, el metge li ha de saber oferir tot el suport necessari per conviure amb les limitacions i les discapacitats pròpies, donar-li consells i orientar-lo en tot moment sobre les millors opcions a escollir. Ha de defugir les propostes miraculoses i la utilització inadequada i abusiva dels procediments reparadors disponibles i dels serveis sanitaris en general. És bo recordar que, en un panorama de malalts crònics, un major frenesí assistencial no és necessàriament indicatiu de qualitat, sinó que pot ser tot al contrari.

Per això, cal que entengui la necessitat d'oferir una assistència continuada, i evitar en tot moment la fragmentació i la discontinuïtat, pròpies de la situació actual i els efectes negatius de les quals es fan molt palesos en el sistema sanitari espanyol.

En un altre sentit, en aquesta situació el metge ha de fer gala d'una gran capacitat de col·laboració amb altres professionals sanitaris, que poden oferir una ajuda especialitzada inestimable; Per això, ha de saber delegar funcions, treballar en equip i delimitar el seu àmbit d'actuació professional. A més, ha d'evitar convertir el pacient en un individu dependent i, per contra, propiciar la seva autonomia i el paper actiu en el maneig del seu procés crònic invalidant.

## 2.7. Un metge competent, efectiu i segur

La societat atorga al metge la responsabilitat de ser qui estableix normativament què és salut i què és malaltia. Per això, el metge ha de saber diferenciar raonablement els dos àmbits. Ho ha de fer amb independència, rebutjant, si escau, les pretensions d'altres de convertir la salut en un producte de consum i d'ampliar, amb interessos espuris, l'espectre de la malaltia.

**El metge sabrà liderar el procés i l'equip assistencial**

**El metge oferirà una assistència continuada i n'evitarà la fragmentació i discontinuïtat**



Així mateix, ha de ser capaç de delimitar sensatament els perills derivats dels factors de risc cada vegada més nombrosos, i ha d'evitar col·laborar en la creació d'una sensació d'alarma permanent en l'individu. Aquesta sensació d'alarma el porta a sobreutilitzar els serveis sanitaris amb l'objectiu inabastable d'eliminar els riscos, molts dels quals són inherents a la pròpia condició vital, i de prevenir situacions que tenen escassa repercussió sobre la salut.

En definitiva, ha de ser capaç d'ajudar els pacients a superar els seus temors existencials, tan propis de l'individu actual, i d'evitar el seu desplaçament cap a allò que Z. Bauman anomena "objectius substitutius", susceptibles d'un abordatge científic i tecnològic.

## 2.8. Un metge honrat i en qui es pugui confiar

Molt relacionat amb el punt anterior, el metge s'ha d'oposar als intents d'altres agents de medicalitzar en excés la societat amb finalitats comercials. Gràcies a la confiança que ha de saber generar en el pacient, ha de frenar el consum innecessari de serveis, de tecnologia i de medicaments en benefici del propi pacient.

En especial, ha de conscienciar-se de la necessitat d'actuar amb honradesa i transparència, evitant col·laborar en actuacions que els *lobbies* sanitaris porten a terme amb finalitats merament lucratives, en què el paper del metge esdevé indispensable per legitimar-les davant de la societat i de l'estat.

En aquest sentit, el metge individual, amb el suport de les seves associacions professionals, ha d'establir clarament els marges d'actuació tolerables en situacions en què es produeixen conflictes d'interessos inevitables, davant dels quals ha de procedir a evitar-los preventivament o, si més no, a explicitar-los.

**El metge delimitarà salut i malaltia sense convertir la salut en un producte de consum**

**El metge actuarà amb honradesa, transparència i sense afany de lucre, i resoldrà els conflictes d'interessos sense influències alienes**

## 2.9. Un metge compromès amb el pacient i amb l'organització

En el nou context laboral en què, en general, el metge exerceix la seva professió, és indispensable que sàpiga adoptar unes actituds clares de lideratge intel·ligent i amb capacitats múltiples, que li permetin fer front a les situacions canviants. És absolutament necessari que entengui que el lideratge en primer lloc s'ha d'exercir amb convicció per tal que, després, sigui eventualment reconegut pels altres.

S'ha de saber oposar al desistiment de responsabilitats, tan pròpies del treball en equip que caracteritza les organitzacions complexes actuals. En el seu lloc, ha d'exhibir uns elevats nivells d'exigència i de responsabilitat i, en la consecució dels objectius assistencials, una gran capacitat de col·laboració amb altres professionals sanitaris, als quals ha de veure més com a *partners* que no pas com a competidors.

Així mateix, ha de fer gala d'uns nivells elevats de compromís amb l'organització, més enllà de les seves reclamacions de participació. Només així podrà mantenir les seves pretensions d'autonomia en la regulació del seu treball professional i establir una relació positiva amb els gestors. En aquest sentit, ha d'entendre clarament que determinats components de gestió són consubstancials a la seva tasca professional i que ni pot ni ha de defugir-los, en nom d'altres finalitats, i que, quan sigui pertinent, ha de posar en pràctica esquemes d'autogestió que possibilitin uns nivells més grans d'autonomia.

Finalment, ha d'entendre que trobar sentit al treball que realitza és la seva responsabilitat i que com més perpetua el seu estil de vida victimista, més es converteix en un individu fràgil i indefens, que va perdent la seva autoestima i en què es van desdibuixant progressivament i indefectiblement els perfils professionals, diluint-se la seva capacitat d'influència sobre la resta i d'exigir condicions de treball adequades.

**El metge liderarà les situacions canviants amb convicció i responsabilitat per aconseguir el reconeixement per part dels altres i per assolir els objectius assistencials**

**El metge es comprometrà amb l'organització i realitzarà les tasques de gestió consubstancials a la seva tasca professional**



## 2.10. Un metge que viu els valors del professionalisme

El metge ha de viure plenament i a temps complet l'ideari professional, sense que això suposi abdicar del seu dret al descans i al lleure, ni constitueixi un obstacle insalvable per a la seva vida familiar. Però, si vol mantenir o recuperar el sentit de la seva professió, cal que entengui que aquest ideari ha d'impregnar tota la seva vida.

Així mateix, ha d'entendre els components d'elitisme i de meritocràcia que amaga l'ideari del professionalisme, oposats a un igualitarisme mal entès. L'elitisme, lluny de suposar privilegis més grans, s'ha de traduir en nivells més grans d'exigència ètica, professional i de servei, amb primacia de l'altruisme per damunt de l'egoisme. La meritocràcia, per la seva banda, suposa que, partint de nivells igualitaris en les oportunitats, cadascú assoleixi una posició diferent derivada únicament del seu esforç i qualificació, i de la qual derivaran els reconeixements i compensacions diferencials. En aquest sentit, no està de més recordar, com bé saben els psicòlegs i els sociòlegs, que la igualtat que no reconeix diferències és desmoralitzadora.

A partir de la formació bàsica i d'especialitat, el metge ha d'entrar en un procés de formació continuada al llarg de la seva vida, que li permeti assolir nivells òptims de desenvolupament professional, dels quals derivi una actualització competencial permanent que es traduirà en uns nivells de qualitat d'acord amb els canons científics, mèdics i professionals del moment. Per això, s'ha d'esforçar a assolir nivells d'excel·lència i a combatre el deteriorament de la qualitat, que trivialitza l'actuació i desvirtua l'exercici professional.

Aquesta formació i el desenvolupament professional continu constitueixen, per damunt de tot, una responsabilitat ètica professional del metge, tot i que, en el context laboral actual, s'hagin de complementar raonablement amb les obligacions de l'ocupador. Oblidar aquesta evidència contribueix poderosament a deteriorar la imatge professional.

**El metge viurà plenament i a temps complet l'ideari professional**

**L'elitisme mèdic no serà un privilegi, sinó la conseqüència d'un nivell més gran d'exigència ètica professional i de servei**

**El metge retrà comptes a la societat, acceptarà la regulació del seu exercici professional i col·laborarà amb les entitats professionals responsables de l'autoregulació**

En línia amb això, el metge ha de reflexionar de manera contínua i crítica sobre la seva actuació professional per tal de millorar-la. Ha d'acceptar que, com postula el títol del conegut informe de l'Institut de Medicina, "equivocar-se és humà", la qual cosa l'obliga a posar en pràctica estratègies orientades a aprendre permanentment de les equivocacions per prevenir-les, evitant actituds que, per un professionalisme mal entès, tendixin a ocultar-les.

Assumint clarament que ha de retre comptes a la societat, el metge ha d'acceptar la necessitat que el seu exercici professional es reguli i, en aquest sentit, ha de col·laborar decididament amb les seves associacions professionals, comproment-se activament amb el component d'autoregulació que comporta una regulació compartida. Així mateix, ha d'acceptar amb totes les conseqüències la necessitat que s'introdueixin iniciatives de revalidació professional, orientades a demostrar periòdicament les seves capacitats d'exercici professional i de competència especialitzada, que no ha de veure com amenaces sinó com oportunitats.

### 3. COM SUPERAR LA BRETXA

Si als capítols anteriors s'han dissenyat els perfils del metge actual i les característiques desitjables per al metge del futur, en aquest s'estableixen les recomanacions als diferents agents involucrats en el sistema sanitari, amb l'objectiu de superar la bretxa existent i poder albirar un futur millor.

#### 3.1. Responsables de l'educació de grau

Com que, en bona part, el que serà el metge en exercici es comença a formar a les facultats de Medicina, cal que aquestes introdueixin modificacions qualitatives i quantitatives.

S'han de modificar els criteris de selecció de candidats, més enllà de la simple nota de tall actual a partir del currículum de l'ensenyament secundari, per donar preferència al perfil humà i vocacional orientat a l'exercici de la medicina.

Així mateix, s'han de modificar els plans d'estudi, equilibrant els components tècnics i els humans, molt especialment la capacitat de comunicació, i fomentar la formació ètica i el desenvolupament del professionalisme.

S'han d'incorporar les noves metodologies d'avaluació sumativa i formativa i s'han de reduir els components especialitzats, centrant-se en els més transversals. Però, per damunt de tot, s'ha d'inculcar als estudiants l'hàbit d'aprenentatge al llarg de la vida (aprenentatge autònom) i el sentit crític (autoavaluació), introduint les metodologies educatives actives que fomenten l'aprenentatge més enllà de l'activitat docent convencional. En aquest sentit, s'ha de tendir a fer realitat el *continuum* educatiu, que eviti els hiatus actuals entre les etapes de grau, de formació especialitzada i de formació mèdica continuada/desenvolupament professional continu.



S'han d'actualitzar els criteris de selecció i d'avaluació del professorat i donar la importància que es mereix a l'anomenat "currículum ocult", pel qual l'estudiant incorpora pautes de comportament a partir de les dels seus professors/tutors més enllà dels continguts del currículum formal.

La durada dels estudis de grau es pot reduir raonablement i s'ha de procurar una connexió de les facultats de Medicina amb el sistema sanitari i amb les escoles de preparació d'altres professionals sanitaris a través de les que alguns postulen com universitats de Ciències de la Salut.

### 3.2. Responsables de la formació especialitzada

El període de formació especialitzada constitueix una etapa crucial per determinar el perfil professional del metge que exercirà. Per això, tots els agents que hi estan involucrats (ministeris de Sanitat i Educació, Comissió Nacional d'Especialitats i institucions sanitàries acreditades per a la docència) s'han de conscienciar del seu paper i efectuar totes les modificacions que siguin necessàries.

D'una banda, s'han de modificar els criteris de selecció de candidats (examen MIR), en el sentit de tenir més en compte el perfil competencial global del candidat i s'han d'aplicar com més aviat millor els nous esquemes de troncalitat.

D'altra banda, en els plans de formació d'especialistes no podem oblidar la formació sobre ètica i professionalisme mèdics, així com els coneixements relacionats amb la gestió i l'exercici pràctic en el sistema sanitari espanyol.

Així mateix, s'han d'aplicar les noves metodologies d'avaluació sumativa i formativa i introduir noves metodologies de selecció i d'avaluació de tutors. Amb més èmfasi, si és possible, que en l'etapa de grau, s'ha

de donar al "currículum ocult" la importància que li pertoca com element modelador definitiu del comportament professional del futur metge especialista.

A més a més, s'ha de promoure el *continuum* educatiu entre les etapes de grau, postgrau i formació mèdica continuada/desenvolupament professional continu. Es pot contemplar la conveniència de diferents tipus de professionals mèdics, un amb perfil assistencial i d'altres més tècnics, amb perfils més tecnològics.

I, finalment, cal resistir la temptació d'acceptar un nombre cada cop més elevat d'especialitats, que fragmenten la professió i, sense que es noti però de manera progressiva, contribueixen a desfigurar-la, assimilant-la a un grup ocupacional de tècnics superiors.

### 3.3. Empleadors

Els agents Empleadors, públics i privats, dels metges que treballen en règim assalariat o estatutari/funcionari, haurien d'emprendre les reformes necessàries orientades a optimitzar la utilització d'aquests metges partint de la base que constitueixen un actiu fonamental de coneixement, més enllà de ser uns simples empleats, i generant una cultura compartida que afavoreixi una entesa possible i necessària.

En aquest sentit, han d'entendre clarament que bona part del coneixement del professional és de caràcter tàcit, difícil d'emmarcar en els motlles del coneixement explícit que sustenta els esquemes de normalització a l'ús. I que, d'altra banda, aquest coneixement ha de ser aplicat de manera discrecional per tal d'oferir la millor assistència al pacient individual; cosa que suposa que el professional qualificat i excel·lent no necessàriament és aquell que sap aplicar bé les guies i els protocols acceptats sinó, més aviat, el que sap quan no aplicar-los sensu *stricto* en benefici del pacient.

Han de saber canalitzar adequadament la capacitat de compromís del bon professional mèdic,

oferint-li prou marges d'autogestió possibles dins dels esquemes de gestió propis de la institució i possibilitats reals d'exercir el seu lideratge. Han de saber adequar els equips assistencials, amb la participació de diversos professionals sanitaris, a la realitat de cada institució, concedint-los marges raonables d'autonomia. Així mateix, han d'adoptar sistemes flexibles i adaptats a cada situació de les condicions laborals i tendir a donar preferència els resultats del treball ben fet, per damunt de l'adequació a les pautes i circuits establerts.

Tenint en compte el ventall d'interessos i de prioritats en què es mou el bon professional, han de ser capaços d'introduir incentius que vagin més enllà dels merament econòmics i aprofitar les seves motivacions intrínseques, no sempre coincidents amb les extrínseques, sabent renunciar a les temptacions intervencionistes de sistema en benefici d'actuacions més adaptades a cada institució o situació en concret. En aquest sentit, han de saber conciliar i aprofitar òptimament les possibilitats que actualment ofereixen la carrera professional i el desenvolupament professional continu, evitant contaminar-les mútuament i confondre-les, i han d'introduir esquemes de diferenciació basats en la capacitat individual, el rendiment, el compromís i l'excel·lència. Si es volen equilibrar raonablement els objectius d'una reducció de costos i d'una garantia de qualitat, es requereix introduir una política mixta d'incentius i de pagaments, que superi esquemes massa rígids i igualitaris propis de sistemes funcionaris.

A més, han d'intentar que les condicions en què es desenvolupa el treball del metge reuneixin les garanties adequades de qualitat i de seguretat, assumint aquest compromís com un deure ètic institucional, complementari del deure ètic professional del metge. També han de saber diferenciar els components propis del desenvolupament professional individual del metge dels de les tasques de direcció o responsabilitat d'equips; mentre que uns transcorren de manera contínua en el temps, les altres poden fer-ho de manera discontinua o parcial.

Per tal de garantir la continuïtat assistencial a què té dret el pacient, han de saber aprofitar les immenses possibilitats que ofereixen les noves tecnologies i els nous esquemes de gestió del coneixement, superant l'ancoratge exclusiu en la dedicació horària del metge que, lògicament, té els seus límits. I han de saber adequar els equips assistencials, amb la participació de diversos professionals sanitaris, a la realitat de cada institució.

### 3.4. Associacions professionals

Les associacions professionals s'han de convertir en líders naturals de la professió, per a la qual han de dissenyar escenaris de futur que possibilitin la superació de la cultura de la queixa en què majoritàriament es troba ancorada. Per això, han de disposar de líders capaços i proactius, que estiguin disposats a assumir responsabilitats i riscos.

Aquestes associacions professionals han d'evolucionar cap a esquemes organitzatius més professionalitzats, representatius i moderns, que les converteixin en veritables *think tanks* de la professió. I s'han d'esforçar tant com puguin per combatre la desvinculació d'una gran part dels metges, que hi viuen aliens, la qual cosa contribueix enormement a descapitalitzar-les i restar-los legitimitat.

Han d'afrontar decididament la regulació dels conflictes d'interessos, que molt sovint apareixen en la pràctica professional del metge i, d'altra banda, han d'elaborar polítiques de gestió dels errors mèdics, transparents i compromeses, posant-se al capdavant del moviment en pro de la qualitat i la seguretat. En aquest mateix sentit, han d'apostar decididament pel compromís amb la formació mèdica continuada i el desenvolupament professional continu dels seus membres, els quals han de ser contemplats prioritàriament des del seu vessant de responsabilitat ètica professional del metge.





Han de saber diferenciar com més clarament millor els seus diferents àmbits d'actuació, centrant-se en les funcions pròpies de cada associació (col·legis de metges i societats científiques, bàsicament). Així mateix, han de diferenciar les seves competències i actuacions de les pròpies de les organitzacions sindicals, per tal de potenciar els resultats finals evitant solapaments i competicions neutralitzadores.

Aquestes associacions s'han de convertir en catalitzadores d'iniciatives conjuntes dels diferents ens professionals mèdics, que tendeixen a aconseguir que la professió parli amb una sola veu en assumptes transcendents. I han d'establir aliances amb la resta d'agents sanitaris, molt especialment amb les associacions de pacients, que s'han de convertir en *partners* privilegiats en la millora del sistema sanitari, així com amb altres professions sanitàries, amb el mateix objectiu final.

De manera molt especial, s'han d'obrir a la col·laboració necessària amb el govern, com agent regulador màxim, en el context del contracte social que els confereix legitimitat social. En aquest sentit, han de ser capaços de pactar els diferents àmbits de regulació, en el marc d'una regulació compartida, comproment-se decididament a exercir l'àmbit propi de l'autoregulació de manera transparent i efectiva.

Per això, han de posar en pràctica iniciatives de revalidació, en els seus dos vessants de rellicència/recol·legiació (col·legis de metges) i de recertificació (societats científiques), que resultin acceptables per la major part dels seus membres. Amb aquest fi, aquestes iniciatives s'han de basar prioritàriament en programes de suport per a les llacunes competencials, inevitables amb el pas del temps, fugint de les proves d'avaluació que puguin comportar pèrdues d'estatus; a partir d'aquest enfocament, els metges les veuran més com oportunitats que no pas com amenaces.

### 3.5. Govern i administracions

El Govern central i els governs autonòmics han d'assumir el seu paper d'agent regulador social per excel·lència, i diferenciar-lo clarament, sobretot en el cas dels governs autonòmics, del paper d'ocupador de la gran majoria de metges que treballen als serveis públics de salut. A la pràctica, aquest solapament de papers genera moltes confusions i malentesos que acostumen a anar en detriment de la capacitat reguladora, necessàriament neutral, i contribueixen al fet que el sistema sanitari en conjunt sigui més rígid i burocratitzat. Com passa a molts dels països del nostre entorn, el govern com a tal s'ha de saber diferenciar clarament dels òrgans de gestió del sistema sanitari públic, als quals ha de concedir amplis marges d'autonomia, que és positiu que siguin reconeguts legalment.

Com a agent estatal regulador per excel·lència, ha de saber delimitar les coordenades d'un marc de regulació compartida de la professió, com l'existent actualment a Espanya, pactant amb els col·legis –com entitats de dret públic constitucional i legalment reconegudes– els àmbits propis de cada part, i exigint-los l'adequat compliment dels seus deures. En tot cas, ha de definir clarament l'opció de regulació acceptada i atènyer-se a les conseqüències; fet que suposa que si accepta aquella regulació compartida, s'ha d'abstenir d'intervenir en àmbits com, per exemple, el de l'avaluació de la competència, genuïnament professionals. Qualsevol modificació de l'esquema vigent ha de ser clarament definida i degudament consensuada.

Els seus papers respectius en les etapes de la formació de grau i especialitzada ja han estat degudament contemplats en els apartats corresponents.

## 4. RECOMANACIONS PER ALS AGENTS IMPLICATS

### 1. Formació de grau

---

---

Modificar els criteris d'accés dels candidats al grau de Medicina

---

Revisar els plans d'estudi del grau de Medicina adequant-los a la formació especialitzada amb la finalitat de cobrir millor les necessitats de la societat

---

Utilitzar les noves metodologies d'avaluació tant sumativa com formativa

---

Inculcar en el grau els valors de l'aprenentatge autònom i de l'autoavaluació

---

Promoure una avaluació comprensiva de les diferents tasques del professorat i tenir present aquesta avaluació en la seva selecció i promoció

---

Incorporar els estudis de grau al *continuum* educatiu

---

Valorar en els estudis de grau el "currículum ocult"

---

### 2. Formació especialitzada

---

---

Modificar els criteris de selecció de candidats per a l'accés a la formació especialitzada (examen MIR)

---

Adaptar els plans de formació d'especialistes a les necessitats socials

---

Incrementar l'ús de les noves metodologies d'avaluació sumativa i formativa

---

Valorar el "currículum ocult" amb més rellevància que en el grau

---

Valorar la necessitat de crear noves titulacions amb competències que requereix la societat

---

Limitar el nombre d'especialitats, afavorir la troncalitat i facilitar àrees d'expertesa amb diverses vies d'accés

---

### 3. Empleadors

---

---

Reconèixer el paper dels metges com actiu fonamental de coneixement

---

Acceptar el caràcter tàcit i discrecional del coneixement professional

---

Adequar els equips assistencials a les noves funcions

---

Introduir esquemes d'autogestió

---



---

Flexibilitzar les condicions laborals

---

Introduir incentius no econòmics

---

Aprofitar les possibilitats de la carrera professional (CP) i del desenvolupament professional continu (DPC)

---

Superar l'igualitarisme dels sistemes funcionarials/estatutaris

---

Garantir el balanç entre la millor qualitat possible i la màxima seguretat

---

Aprofitar els nous esquemes de gestió de coneixement

---

#### 4. Associacions professionals

---

Establir aliances amb la resta d'agents sanitaris

---

Col·laborar amb el Govern, pactant els àmbits de la regulació compartida

---

Introduir iniciatives de revalidació que siguin possibles i raonables

---

Superar la "cultura de la queixa"

---

Convertir-se en veritables *think tanks*

---

Lluitar contra la desvinculació dels professionals

---

Regular els conflictes d'interessos

---

Elaborar polítiques de gestió dels errors mèdics

---

Comprometre's en la Formació Mèdica Continuada (FMC) i el Desenvolupament Professional Continu (DPC)

---

Delimitar els diferents àmbits d'actuació

---

#### 5. Govern i administracions

---

Diferenciar clarament els papers de regulador i d'ocupador

---

Delimitar els àmbits de regulació compartida

---

Els diferents departaments amb competències sobre la formació de grau i especialitzada han de coordinar amb efectivitat les seves accions per tal d'aconseguir el *continuum* educatiu

---



**REFERENCES**  
***BIBLIOGRAFIA***



## References

### Bibliografía

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



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





39. Gori R, Del Volgo M-J. La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris : Éditions Denoël ; 2005
40. Gracia D. Compromiso ético en el desarrollo profesional continuo. JANO. 2006; 1626: 20-5
41. Grossman DC, Valtin H, editors. Great issues for modern Medicine in the twenty-first century. New York: The New York Academy of Sciences; 1999
42. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizen. Public roles and professional obligations. JAMA. 2004; 291: 94-8
43. Gual A, Palés J, Pardell H, Oriol-Bosch A. Doctors in Spain. An old country, old and new structures, and a new future. Clin Teacher. 2005; 2: 59-63
44. Gual A, Rodríguez de Castro F. Objetivos del desarrollo profesional continuo. JANO. 2006; 1626: 26-9
45. Gual A. Médicos para el Espacio Europeo de Educación Superior. JANO. 2008; 1701: 10-1
46. Hafferty FW, Franks T. The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. Acad Med. 1994; 69: 861-71
47. Ham CH, Alberti KGMM. The medical profession, the public and the government. BMJ. 2002; 324: 838-42
48. Hernández JF. Propuesta de organización corporativa de la profesión médica. Madrid: Fundación Alternativas; 2008; <http://www.falternativas.org> (accedido el 18 de febrero de 2008)
49. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral; 1975
50. Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 1999
51. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press; 2001
52. Irvine D. The performance of doctors: the new professionalism. Lancet. 1999; 353: 1174-7
53. Irvine D. Professionalism: dead or alive?. Lancet. 2004, 364: 1479-80
54. Jovell AJ. Medicina basa en la afectividad. Med Clin (Barc). 1999; 113: 173-5
55. Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Barcelona: Fundació Josep Laporte. 2006; [http://www.fjlaporte.org/docs/informe\\_profesion\\_medica.pdf](http://www.fjlaporte.org/docs/informe_profesion_medica.pdf) (accedido el 24 de octubre de 2006)
56. Larson EB. Physicians should be civic professionals, not just knowledge workers. Am J Med. 2007; 120: 1005-9
57. le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. New York: Carroll & Graf Publishers; 1999
58. Levenson R, Dewar S, Shepherd S. Understanding doctors. Harnessing professionalism. London: King's Fund / Royal College of Physicians; 2008; <http://www.kingsfund.org.uk/publications> (accedido el 19 de junio de 2008)
59. Leyte MG. El nuevo médico. La inaplazable reforma de la formación de los profesionales de la salud. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1): S37-42



60. Loayssa JR, Ruiz R. Comportamiento profesional. Desde los dilemas y principios éticos a las actitudes, los valores y la disposición “virtuosa”. *Aten Primaria*. 2006; 37: 510-3
61. Lupton D. *The imperative of health*. London: Sage; 1997
62. Martín Zurro A. Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el sistema sanitario español. *JANO*. 2006; 1626: 66-71
63. McKenna MK, Pugno PA. *Physicians as leaders. Who, how, and why now?*. Oxford: Radcliffe Pub; 2006
64. McKeon T. *The role of medicine*. Oxford: Blackwell; 1979
65. McKinlay JB, Arches J. Towards the proletarianization of physicians. *Internat J Health Services*. 1985; 15: 161-93
66. Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Quarterly*. 1996; 74: 171-89
67. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians’ charter. *Ann Intern Med*. 2002; 136: 243-6 (Versión española en: *Med Clin (Barc)*. 2002; 118: 704-6)
68. Miller SH, Thompson JN, Mazmanian PE, Aparicio A, Davis DA, Spivey BE, Kahn NB. Continuing medical education, professional development, and requirements for medical licensure: A white paper of the Conjoint Committee on Continuing Medical Education. *JCEHP*. 2008; 28: 95-8
69. Moran M, Wood B. *States, regulation and the medical profession*. Buckingham: Open University Press; 1993
70. O’Neill O. Accountability, trust and informed consent in medical practice and research. *Clin Med*. 2004; 4: 269-76
71. Organización Médica Colegial. *La profesión médica en España*. Madrid: OMC; 2005
72. Oriol-Bosch A. Crisis del profesionalismo o solución de la crisis. En: *Opinión Quiral. Sostenibilidad del sistema sanitario*. Barcelona: Fundación Privada Vila Casas; 2001. 57-70
73. Oriol-Bosch A. *Visión del médico del futuro*. Madrid: Fundación Sanitas; 2004
74. Oriol-Bosch A, Pardell H, directores. *La profesión médica. Los retos del milenio*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2005; <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7> (accedido el 1 de julio de 2005)
75. Oriol-Bosch A, Roma J. El desarrollo profesional continuo en el contexto del nuevo profesionalismo. *JANO*. 2006; 1626: 14-8
76. Oriol-Bosch A, Pardell H, Gual A. Ser médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Informe de la Fundación Educación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2006; [http://www.cgcom.es/sites/default/files/06\\_11\\_23\\_libro\\_ser\\_medico\\_hoy.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/06_11_23_libro_ser_medico_hoy.pdf) (accedido el 12 de diciembre de 2006)
77. Ortún V, González B, Barber P. Determinantes y manejo de las retribuciones médicas. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131(5): 180-83.
78. Osler W. *Un estilo de vida y otros discursos, con comentarios y anotaciones*. Madrid: Fundación Lilly / Unión Editorial; 2007



79. Palés J, Rodríguez de Castro F. Retos de la formación de grado. *Educación Médica*. 2006; 9: 159-72
80. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica*. 2003; 6: 63-80
81. Pardell H. De la acreditación de la formación médica continuada a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Sobre la regulación de la profesión médica en España. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122: 267-8
82. Pardell H. ¿Es oportuno introducir la recertificación de los médicos en España?. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 344-7
83. Pardell H. Desarrollo Profesional Continuo, ¿de qué estamos hablando? *Educación Médica*. 2008, 11: 53-6
84. Pardell H. Formación de adultos, autonomía profesional y compromiso individual. *Rev Neurol*. 2008; 46: 225-9
85. Pardell H. Sobre la regulación de la profesión médica. Situación actual y perspectivas de futuro en España. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:18-23
86. Pardell H, Oriol-Bosch A, Gual A. Desarrollo profesional continuo, revalidación y regulación profesional. *JANO*. 2006; 1626: 76-80
87. Pardell H, Pallarés L, Segura H. De la formación médica continuada al desarrollo profesional continuo. *JANO*. 2006; 1626: 30-3
88. Pardell H, Gual A, Oriol-Bosch A. ¿Qué significa ser médico, hoy?. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 17-22
89. Peiró S, Bernal E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. 2006; 20 (Supl 1): S110-6
90. Pellegrino ED, Relman AS. Professional associations: Ethical and practical guidelines. *JAMA*. 1999; 282: 984-6
91. Perona JL. Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica. Madrid: Círculo de la Sanidad; 2007
92. Prather SE. The new health partners. Renewing the leadership of physician practice. San Francisco: Jossey- Bass Pub; 1999
93. Rapport Berland. Cooperation des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Paris : Ministère de la Santé; 2003; <http://www.sante.gov.fr/htm/actu/berland/sommaire.htm> (accedido el 6 de agosto de 2008)
94. Rodríguez JA. Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educación Médica*. 2004; 7: 2-8
95. Rosen R, Dewar S. On being a doctor. Redefining medical professionalism for better patient care. London: King's Fund; 2004; <http://www.kingsfund.org.uk/publications> (accedido el 8 de marzo de 2005)
96. Roy Schwarz M. Misión de las facultades de medicina en el siglo XXI. *JANO*. 2008; 1701: 12-7
97. Rozman C. Universidades de Ciencias de la Salud: un modelo alternativo. *JANO*. 2008; 1701: 51-4
98. Salter B. The new politics of medicine. Hampshire: Palgrave Macmillan; 2004



99. Shore DA, editor. The trust crisis in healthcare. Causes, consequences and cures. Oxford: Oxford University Press; 2007. **assetRoot/04/14/31/43/04143142.pdf** (accedido el 6 de marzo de 2007)
100. Silverman ME, Murray TJ, Bryan CS, editors. The quotable Osler. Philadelphia: American College of Physicians; 2003
101. Skrabanek P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Díaz de Santos; 1999
102. Smith LG. Medical professionalism and the generation gap. *Am J Med.* 2005; 118: 439-42
103. Swich HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med.* 2000; 75: 612-6
104. The OECD Health Project. Towards high-performing health systems. Paris: OECD; 2004
105. The Royal College of Physicians of London. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. London: RCPL; 2005: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/docinsoc> (accedido el 14 de marzo de 2006)
106. Thompson E. Understanding medical regulation. A guide to good practice. London: HLSP Consulting; 2005
107. Tizón JL. ¿Cuánto de bioingeniería y cuánto de relación asistencial?. El futuro de la formación integral del médico. *JANO.* 2008; 1703: 54-6
108. Tizón JL. Entre la medicina y el biologismo. Sobre la formación integral del médico. *JANO.* 2008; 1704: 52-4
109. Trust, Assurance and Safety. The regulation of health professionals in the 21st Century. Presented to Parliament by the Secretary of State of Health. London: HMSO; 2007; <http://www.dh.gov.uk/>
110. Tudor Hart J. A new kind of doctor. London: Merlin Press; 1998
111. Vázquez G, Alarcón ML. El reto del desempeño profesional en medicina. *JANO.* 2006; 1626: 72-5
112. Willis DP, ed. The changing character of the medical profession. *The Milbank Quarterly.* 1988; 66 (Suppl 2): S1-S225
113. Wolinsky FD. The professional dominance perspective revisited. *The Milbank Quarterly.* 1988; 66 (Suppl 2): S33-47
114. World Federation of Medical Education. Educación médica básica. Estándares globales de la WFEM para la mejora de la calidad. *Educación Médica.* 2004; 7 (Supl 2): S7-S25
115. World Federation of Medical Education. Educación médica de posgrado. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica.* 2004; 7 (Supl 2): S26-S38
116. World Federation of Medical Education. Desarrollo profesional continuo (DPC) de los médicos. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica.* 2004; (Supl 2): S39-S52
117. Zarco J. Las sociedades científicas y el desarrollo profesional continuo. *JANO.* 2006; 1626: 56-9







Soluciones pensando en ti