



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*

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS
MADRID, 2006

AUTORES

Dr. Alberto Oriol-Bosch

Presidente

Fundación Educación Médica

Catedrático de Endocrinología Experimental

Universidad Complutense de Madrid (*jubilado*)

Catedrático de Fisiología

Universidad Autónoma de Barcelona (*jubilado*)

Ex-Director del Instituto de Estudios de la Salud

Consejería de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña

Ex-Presidente

Association for Medical Education in Europe

Dr. Helios Pardell Alentá

Responsable del área de Desarrollo Profesional Continuo / Formación Médica Continuada

Fundación Educación Médica

Director

Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC).

Secretario Ejecutivo

Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada.

Presidente

Comisión de Acreditación Colegial del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.

Dr. Arcadi Gual Sala

Director

Fundación Educación Médica

Catedrático de Fisiología

Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Director

Revista Educación Médica.

Secretario

Sociedad Española de Educación Médica

PERSONAS QUE HAN APORTADO SU COLABORACIÓN COMO CONSULTORES

Dr. Alejandro Aparicio.

American Medical Association. Chicago, EEUU

Dr. Jaime Aubia.

Ex-Director General de Recursos Humanos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona.

Dra. Milagros García Barbero.

Oficina de la Organización Mundial de la Salud. Barcelona

Dr. Diego Gracia.

Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid

Dr. Gonzalo Herranz.

Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Pamplona

Dr. Albert J. Jovell.

Fundación Biblioteca Josep Laporte. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona

Dr. José M^a Lobos.

Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas. Madrid

Dr. Alfonso Moreno.

Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Madrid

Dr. Jorge Palés.

Sociedad Española de Educación Médica. Barcelona

Dr. José I. Paz.

Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina. Salamanca

Dr. José A. Rodríguez.

Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de la Universidad de Barcelona.
Barcelona

Dr. Andrej Wojtczak.

Association for Medical Education in Europe. Varsovia, Polonia

ÍNDICE

I. <u>RESUMEN</u>	9
II. <u>INTRODUCCIÓN</u>	18
III. <u>SITUACIÓN ACTUAL</u>	20
IV. <u>RETOS PARA LA PROFESIÓN</u>	23
V. <u>¿CÓMO HACERLES FRENTE?</u>	30
VI. <u>REFERENCIAS</u>	42

PRESENTACIÓN

La profesión médica en España está atravesando tiempos difíciles, enfrentándose a retos trascendentales para su futuro como profesión y para el del sistema sanitario en conjunto.

Esta situación, que ofrece no pocas similitudes con la de otros países de nuestro entorno, es contemplada con preocupación por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, que ve cómo progresivamente se van erosionando los ámbitos específicos de responsabilidad del médico. Lo cual nos enfrenta a la paradoja de que mientras la población mantiene en altísima estima a la profesión, los políticos y gestores la infravaloran, contando con ella únicamente para sus finalidades que, menudo, tienen poco que ver con la salud y el bienestar del paciente, al que el médico se debe por encima de todo.

Con objeto de analizar objetivamente esta situación y proponer soluciones factibles, el Consejo encargó a la Fundación Educación Médica el informe que hoy me cabe el honor de presentar. Como podrán apreciar los lectores, sus autores han hecho un excelente trabajo de síntesis y de reflexión, que ha de ser de gran utilidad para poder diseñar las líneas básicas de actuación futura.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos está dispuesto a tomar el liderazgo de las actuaciones propuestas, compartiéndolo con las asociaciones profesionales médicas más relevantes, con objeto de que la profesión pueda hablar con una sola voz ante la administración, ofreciéndole garantías de corresponsabilidad para hacer de nuestro sistema de salud aquello que todos deseamos y que la población se merece.

Dr. Isacio Sigüero
*Presidente del Consejo General
de Colegios Oficiales de Médicos*

I. RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Para hacer frente a los retos que la profesión médica debe afrontar en España, como en otros países desarrollados, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ha encargado este informe, destinado a ofrecer las bases de actuación sobre las que diseñar el futuro de la profesión médica en España.

En primer lugar se analiza la situación actual de las profesiones, en general, y de la profesión médica, en particular. En el segundo capítulo se contemplan los retos fundamentales que la profesión debe afrontar. Y en el tercero se diseñan las soluciones más operativas para que la profesión pueda salir airosa. Complementariamente, en un último apartado se ofrece un listado de referencias bibliográficas, en las que el lector interesado puede encontrar lo fundamental sobre el tema del profesionalismo médico a nivel nacional e internacional.

SITUACIÓN ACTUAL

En la situación de cambio acelerado que vivimos actualmente, la profesión médica se halla en una encrucijada vital, fomentada por la aparición de un buen número de agentes no sanitarios que intervienen en el mundo sanitario, la mercantilización de la salud y la influencia de las ideologías economicistas sobre los modelos sanitarios.

Con objeto de enmarcar mejor el perfil de la profesión sanitaria, se analizan primeramente los elementos constituyentes de toda profesión oficialmente reconocida.

De entre ellos destacan:

- La posesión de un cuerpo específico de conocimiento, adquirido tras un largo período de formación universitaria y el control del mismo, con capacidad normativa (monopolio del saber).
- La capacidad de control de la organización del trabajo profesional.
- La existencia de organizaciones profesionales legalmente reconocidas, con capacidad reguladora del acceso (credencialismo) y de la práctica (autorregulación).
- La existencia de un código deontológico, con potestad exclusiva para su aplicación.

Los cuatro tipos de valores propios de toda profesión son: altruismo, disciplina, eficiencia y compromiso. Y el “core” del ideario profesional se compendia en el ejercicio de la autorregulación, por un lado, y en el principio fiduciario base de la confianza del cliente, por otro.

En cuanto a la profesión médica, son sus principios esenciales:

- Primacía del bienestar del paciente.
- Respeto por la autonomía del mismo.
- Promoción de la justicia social.

Y se traducen en las siguientes responsabilidades básicas:

- Competencia profesional.
- Honestidad con el paciente.
- Confidencialidad.
- Adecuada relación médico-paciente.
- Calidad asistencial.
- Equidad.
- Gestión racional y eficaz de los recursos.
- Conocimiento científico.
- Mantenimiento de la confianza social a través de una gestión adecuada del conflicto de intereses.
- Autorregulación y respeto mutuo entre colegas.

Los tres ámbitos competenciales exigibles al médico de hoy son:

- Ámbito conceptual (conocimientos).
- Ámbito técnico (habilidades).
- Ámbito de relación interpersonal (actitudes).

Y, en un esfuerzo por aunar la visión tradicional y la más actual de las tareas propias del profesional médico, éstas se estipulan en:

- Establecer el diagnóstico adecuado y un tratamiento efectivo para la dolencia del paciente.
- Mantener una buena comunicación con el paciente y su entorno.
- Ofrecer soporte individual al paciente durante toda su enfermedad.
- Proporcionar al paciente las posibilidades de rehabilitación para los procesos crónicos.
- Actuar preventivamente cuando sea posible.

Si la profesión médica desea seguir manteniendo su papel nuclear en el mundo sanitario, debe proceder a un proceso trascendente de adaptación a la nueva situación, en la que:

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

Y debe tener bien presente que, en la actualidad, la asistencia sanitaria se halla muy fragmentada, se presta mayoritariamente en el seno de organizaciones complejas, es muy competitiva, se ha diversificado y ampliado extraordinariamente, se encuentra muy intervenida y gestionada, se basa grandemente en la comunicación, tiene a la estandarización, es muy costosa y está compartida.

De manera semejante a como el médico, en su encuentro clínico con el paciente, debe saber resolver su papel “bifronte”, así también la profesión debe saber hacer frente a la situación, que presenta dos caras diferenciadas. Por un lado, la cara positiva, derivada de la medicalización de la sociedad, con un papel nuclear de la medicina y todo lo relacionado con la salud. Por otro, la cara opuesta, con la presencia de unos gobiernos cada vez más intervencionistas, otras profesiones sanitarias que disputan el área jurisdiccional propia de la medicina, una sociedad cada vez más exigente y menos tolerante con los privilegios y, finalmente, una profesión plagada de disensiones internas.

RETOS PARA LA PROFESIÓN

RETOS DE ORIGEN EXTERNO

MODIFICACIONES DEL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL

Ideario postmoderno

En la sociedad postmoderna se dan cambios en el paradigma científico que sustenta el cuerpo de conocimiento de la profesión, por un lado y, por otro, en la condición del individuo y en el concepto de legitimidad-autoridad.

Por lo que se refiere a los primeros, aparece el indeterminismo y la complejidad como elementos característicos, lo que obliga a una adaptación constante del acervo de conocimientos.

En cuanto a los segundos, se prima la inmediatez en detrimento de la experiencia y la trayectoria existencial, lo que se opone a la adquisición del conocimiento tácito, propio del profesional-experto, y todo indicio de autoridad aparece como obsoleto. Con lo que se socaban los cimientos del ideario profesional tradicional.

Neoliberalismo y estado del bienestar

El modelo neoliberal ve con suspicacia al ideario profesional y, por otro lado, ha auspiciado el auge del consumismo y de la preocupación por las políticas de contención de costes.

En un contexto de “sanitarismo coercitivo”, el médico tiende a ser visto antes como un técnico al servicio de la política y de la economía que como un profesional autónomo, responsable y comprometido.

Revolución tecnológica

La tecnología suele interponerse, a modo de barrera, entre el médico y el paciente, dificultando la relación interpersonal.

Además, el acceso fácil a grandes cantidades de información por parte de la población hace que el saber del médico pierda gran parte de su carácter “esotérico” y, por otro lado, que se pueda acceder a los indicadores de lo que se considera buena praxis profesional, lo que lo convierte en más vulnerable.

Aparición de profesiones limítrofes

En un marco de lo que algunos denominan “metasalud”, no paran de surgir nuevas ocupaciones y profesiones que compiten con el médico por su área jurisdiccional propia.

Proletarización del médico

Hoy por hoy, la profesión médica trabaja mayoritariamente en régimen de asalariada de las grandes corporaciones sanitarias, públicas o privadas, en las cuales se da un modelo de organización burocrático caracterizado por: cadena jerárquica, especialización funcional, normatización uniformadora, especificación

de derechos y obligaciones, estandarización de tareas, relaciones impersonales y coordinación desde niveles en los que no se realiza el trabajo. Con lo cual se socaba, una vez más, el ideario profesional, caracterizado por una motivación intrínseca alejada de los objetivos y normas de la organización, lo que suele originar conflictos.

Las modalidades de trabajo en dichas organizaciones facilita la dejación de responsabilidades individuales, en detrimento del ideario profesional. Adicionalmente, éste resulta extremadamente difícil de aplicar en contextos de trabajo temporal, a tiempo parcial y con remuneraciones deficientes.

Feminización progresiva de la profesión

La proporción de mujeres llega hasta el cincuenta por ciento en la profesión actual, lo que plantea retos de compatibilización del trabajo profesional y la vida familiar y explica en gran parte el aumento de abandonos más o menos temporales del trabajo.

ACUSACIONES CONTRA LA PROFESIÓN

Ineficiencia

A la profesión se la acusa de hacer un uso ineficiente de los recursos sanitarios disponibles

Arrogancia

Asimismo, se la acusa de constituir una élite dominante, con desprecio por las necesidades de los ciudadanos

Iatrogenia

Finalmente, se acusa a la profesión de iatrogenia clínica, social y estructural.

PRESIÓN DE AGENTES EXTERIORES

Estado (Gobierno)

Al estado le corresponde sancionar legislativamente el estatus de profesión, con la que establece un contrato no explícito, basado en el compromiso y la confianza.

Esta relación del estado con la profesión a lo largo del tiempo no ha dejado de sufrir altibajos y, en la actualidad, atraviesa una fase de criticismo a ultranza, con intentos más o menos serios de limitar drásticamente las prerrogativas (como la colegiación obligatoria o la promulgación de disposiciones reguladoras de la práctica de manera abusiva).

Corporaciones sanitarias

En las corporaciones en las que trabaja el médico, la figura de éste se ha ido reduciendo a expensas de la del gestor, convirtiéndose en un técnico de nivel superior dependiente de la organización, que es la que le programa el trabajo. Además, el crecimiento del número de directivos, técnicos y personal administrativo se ha disparado en comparación con el del número de médicos.

Industria farmacéutica y de material médico-sanitario

Las situaciones de acoso por parte de estos agentes se ponen de manifiesto, sobre todo, en los ámbitos de la investigación (básica y, muy especialmente, clínica) y de la formación médica continuada, así como en las iniciativas de marketing directo al consumidor.

Población usuaria-consumidora

La visión crítica de la profesión por parte de determinados grupos sociales ha fomentado la aparición de las asociaciones de usuarios, a menudo estimuladas por los propios gobiernos.

Paralelamente, ha aparecido una cultura de la litigación, que ha auspiciado la aparición de la “medicina defensiva”.

Otros grupos profesionales sanitarios

Si en el pasado y en la actualidad han existido y existen disputas jurisdiccionales con los farmacéuticos, odonto-estomatólogos y personal de enfermería, es previsible que un futuro inmediato puedan aparecer con los podólogos, los fisioterapeutas, los psicólogos clínicos y los nutricionistas, entre otros.

RETOS DE ORIGEN INTERNO

Médicos contra médicos

Las disputas jurisdiccionales entre especialistas y generalistas o entre especialistas constituyen fuentes de conflicto interior.

También son fuentes de conflicto las disputas entre médicos de “staff” y médicos en formación, entre los médicos convencionales y los que se adhieren a las prácticas no convencionales, alternativas o complementarias o entre los médicos clínicos y los que se dedican a la gestión, clínica y no clínica.

Hiato generacional

Esquemáticamente, podemos identificar un hiato generacional entre los que se hallan anclados en épocas pretéritas y no entienden la necesidad de que la profesión deba rendir cuentas y aquellos otros que, viéndose más bien como trabajadores cualificados, no entienden los conceptos de compromiso y autoexigencia propios de la profesión.

Normatización de la actuación clínica

La introducción de los protocolos y guías de práctica clínica ha supuesto un avance indiscutible, pero también ha acarreado consecuencias negativas para el ideario profesional, al auspiciar el abandono del “juicio clínico” ante el paciente concreto.

Variabilidad de la práctica médica

En todo el mundo existen amplias variaciones de la práctica clínica, incluso en distintas áreas geográficas de un mismo país. Muchas de ellas son perfectamente explicables, en términos demográficos o epidemiológicos. Sin embargo, otras son de difícil explicación científica, obedeciendo más bien a hábitos, corrientes o intereses, que las convierten en una fuente de acoso hacia la profesión.

Otros retos interiores

Entre dichos retos, destacan:

- Las dificultades del médico para explicar su conocimiento tácito y aplicarlo en el seno de las corporaciones.
- La propia ignorancia del ideario profesional.
- La apatía y desafección del médico hacia sus organizaciones profesionales.
- La actitud de descontento, desmotivación y desencanto, en un contexto de cultura de la queja.

¿ CÓMO HACERLES FRENTE ?

La mayoría de los retos descritos en el apartado anterior son, a la vez, excelentes oportunidades para implantar y desarrollar el nuevo ideario profesional, si saben aprovecharse adecuadamente.

La profesión médica española puede tomar ejemplo de las de otros países, que han pasado por trances de zozobra semejantes y los han superado con éxito. Para ello, debe identificar sus lagunas y debilidades y diseñar planes de futuro realistas y adecuados.

COMBATIR TÓPICOS Y REBATIR ACUSACIONES

Lo primero que debe hacer es clarificar algunos tópicos, en los que ella misma se halla anclada y rebatir las acusaciones de las que es objeto, a menudo infundadamente.

Deterioro de la confianza

Mayoritariamente, la población sigue confiando en la profesión en conjunto, cuya imagen en los medios de comunicación no por ser más frecuente se ha deteriorado en los últimos tiempos. Por lo cual, no se puede sustentar el tópico del deterioro de dicha confianza.

Pérdida de autonomía y desmotivación

El sentimiento de pérdida dramática de autonomía no se corresponde con la realidad; lo que en todo caso ha ocurrido, es la necesidad de adecuar la noción tradicional de autonomía profesional a la nueva situación.

Por lo que se refiere a la insatisfacción y desencanto, con la desmotivación como bandera, debe combatirse decididamente, puesto que no contribuye en nada al prestigio profesional. Y lo mismo cabe decir del “burn out”, presente en muchas otras profesiones que trabajan con personas, del que no debe hacerse un motivo de queja permanente.

Monopolio

La acusación de monopolio del saber debe rebatirse presentando la competencia, basada en el saber, como un elemento de garantía en favor de la atención que recibe el paciente.

Credencialismo

El credencialismo debe ser presentado como un sistema de señales creíble, fiable, comprensible y actualizado para todos los agentes sociales, que facilita la identificación del profesional y le exige una actualización periódica de sus competencias.

Elitismo

La acusación de elitismo debe rebatirse apelando al sentido de compromiso y exigencia superior que supone, antes que privilegio e inequidad. El profesional no sólo no tiene más privilegios sino que, por el contrario, tiene más deberes y compromisos que el común de los ciudadanos.

Arbitrarismo

Esta acusación se puede rebatir con facilidad si se emplea el concepto de discrecionalismo, para significar la aplicación del conocimiento general a cada caso particular, en un afán de individualizar la asistencia en beneficio del paciente.

Corporativismo

Con objeto de rebatir esta acusación tan frecuente, la profesión debe hacer un esfuerzo para actualizar y profundizar su compromiso de autorregulación creíble.

FOMENTAR Y EJERCER EL NUEVO IDEARIO PROFESIONAL

La profesión debe actualizar su ideario, manteniendo aquellos componentes que tienen vigencia y reformulando aquellos otros que han quedado obsoletos.

Intervenir en el diseño de la política educativa

Dado que las Facultades de Medicina han de preparar a los médicos del futuro, es necesario que las organizaciones profesionales participen en el diseño de sus planes de estudio, a los que se debe incorporar el conocimiento del ideario del profesionalismo.

También deben participar en el diseño de los programas de formación de especialistas y en la delimitación del número de especialidades aceptable.

Intervenir en el diseño de la política demográfica

No menos importante es la participación en el diseño de la política demográfica médica, vía “*numerus clausus*” de las Facultades de Medicina, dado que los desajustes entre oferta y demanda repercuten muy negativamente sobre la profesión, como han puesto de manifiesto experiencias de los últimos decenios en España.

Actualizar y difundir el nuevo ideario profesional

La profesión debe poner al día algunos conceptos de su ideario tradicional, como los de maestría/superioridad, autonomía absoluta o privilegios apriorísticos, reformulándolos en términos de competencia, autonomía parcial en el nuevo marco de regulación de la profesión y concesión de algunos privilegios pactados. En cuanto a la autorregulación, debe acotarse adecuadamente y poner el acento en los aspectos más relacionados con el compromiso y la garantía de calidad asistencial.

En contrapartida, deben enfatizarse otros componentes del ideario profesional como los de altruismo, vocación, voluntad de rendir cuentas, integridad y servicio, que no solo mantienen su vigencia sino que, incluso, han de verse reforzados.

Promover la excelencia y el desarrollo profesional continuo

Las organizaciones profesionales han de apostar por la excelencia de sus miembros y por el desarrollo profesional continuo de los mismos, como un compromiso de mantenerse competentes a lo largo de su vida.

Especial relevancia adquiere la distinción entre lo que en nuestro país se viene conociendo como carrera profesional, mayormente asociada a la progresión laboral y salarial, y el desarrollo profesional continuo, que debe asociarse a la promoción y reconocimiento profesionales genuinos.

Reivindicar el ideario profesional en las instituciones empleadoras

En el seno de las “organizaciones inteligentes u orientadas hacia el aprendizaje”, los profesionales deben saber hacer compatible su ideario profesional con los fines y estructura de la organización.

Para ello, deben minimizar los enfrentamientos intraprofesionales, potenciar los estamentos de cariz profesional, promocionar activamente los comités de calidad y de ética y comprometerse decididamente con la gestión clínica.

Fomentar la participación en las organizaciones profesionales

Los médicos deben superar su tradicional apatía, cuando no desafección, hacia sus organizaciones profesionales. Para ello, dichas organizaciones han de introducir nuevos esquemas de funcionamiento, han de revalorizar la participación en términos de desarrollo profesional y han de saber encontrar líderes capaces de ofrecer alternativas a la “cultura de la queja”.

Adaptar las estructuras de las organizaciones profesionales

Dichas organizaciones deben abandonar su tradicional carácter voluntarista y apostar por estructuras altamente profesionalizadas, con equipos de pensadores (“*think tanks*”), que las hagan competitivas y faciliten su reposicionamiento en el contexto social, convirtiéndolas en verdaderos “*poderes compensatorios*”.

Delimitar los ámbitos de las diversas organizaciones profesionales

Es absolutamente necesario que la profesión sea capaz de delimitar los ámbitos de actuación propios de los tres tipos de organizaciones profesionales más representativas en la actualidad: Colegios de Médicos, Sociedades Científicas y Sindicatos.

Aquellos han de saber compatibilizar la representación institucional de la profesión, la defensa de sus miembros, la garantía de la calidad asistencial, la protección de la sociedad contra los abusos y malas prácticas de los médicos, la recolección-relicencia profesional y la relación con el gobierno.

Las Sociedades Científicas, por su lado, han de ser capaces de encontrar el equilibrio necesario entre la recertificación de sus miembros, la autogestión y autorregulación de sus proyectos educativos y las relaciones con la industria y otros espónsores.

Y los Sindicatos han de centrarse en la defensa de los intereses laborales y económicos de sus afiliados.

Ejercer efectivamente la autorregulación

La autorregulación bien entendida, en el marco de la nueva regulación compartida, debe llevarse a cabo prioritariamente en los siguientes ámbitos.

- Regulación de la entrada

Si se mantiene el requisito de colegiación obligatoria, los Colegios debieran tratar de introducir algún componente de regulación de lo que internacionalmente se conoce como licencia de ejercicio o registro, diferenciándolo claramente de la titulación básica y de especialista.

Obviamente, una iniciativa de este tipo solo debería implantarse tras un detenido análisis de las posibilidades reales de aplicación, debidamente consensuadas entre los diversos agentes involucrados.

- Introducción de la revalidación

Entendiendo la revalidación como la exigencia de algún requisito periódico para mantener el estatus profesional, los Colegios debieran profundizar en la relicencia-recolegiación y las Sociedades Científicas en la recertificación de sus miembros.

Abdicar de esta responsabilidad propia significa dejar el campo abierto para que otros (basicamente el gobierno) la ejerzan, lo que no puede ir más que en detrimento de la profesión.

A la vista de la opinión de grandes colectivos médicos del país y de la experiencia de alguna iniciativa pionera llevada a cabo, no parece que deba resultar tan traumática la introducción de la revalidación como algunos vienen vaticinando.

- Aplicación del Código Deontológico y del Régimen Sancionador

Aprovechando el régimen sancionador actual, enmarcado en el Código Deontológico y en los reglamentos correspondientes, o adecuándolo a la nueva realidad, los Colegios han de aplicarlo decididamente, diferenciando las faltas éticas de las actuaciones derivadas de déficits competenciales.

- Gestión adecuada de los errores médicos

La profesión debe, en primer lugar, modificar su tradicional actitud hacia los errores médicos y, además, promover decididamente actuaciones orientadas hacia su prevención, su corrección y la compensación o reparación de los daños ocasionados a los pacientes.

- Compromiso con la formación médica continuada y el desarrollo profesional continuo

Las organizaciones profesionales han de saber establecer el equilibrio adecuado entre el deber del médico y su derecho a la formación continuada. Por otro lado, han de mantener y profundizar su involucración con las iniciativas de acreditación de la misma implantadas en España, como SEAFORMEC, un buen modelo de alianza con los demás agentes del mundo médico.

Por otro lado, han de auspiciar el desarrollo profesional continuo de sus miembros, entendiéndolo claramente como un ámbito de responsabilidad propio.

Establecer un nuevo contrato social

En el contexto social descrito, la profesión debe entender claramente la necesidad de contar con el estado y con los ciudadanos a la hora de definir su papel en el sistema sanitario, por lo que debe proceder al establecimiento de un nuevo contrato social que le confiera legitimidad.

Las bases de dicho contrato, no explícito, radican en la definición de los derechos y deberes de los ciudadanos, el compromiso de la profesión de autorregularse y rendir cuentas a la sociedad y la obligación del gobierno de poner los recursos necesarios.

Desde la perspectiva profesional, los elementos esenciales del nuevo contrato son:

- Liderar el movimiento en pro de la calidad y de la seguridad

La profesión debe convertirse en líder indiscutible del movimiento a favor de la calidad asistencial y hacer una apuesta decidida para combatir los errores y reducir las variaciones de la práctica.

Asimismo, el médico debe convertir en norte de su actuación velar por la seguridad del paciente, exigiendo, por un lado, las condiciones mínimas para desarrollar su labor asistencial y limitando, por otro, sus actuaciones diagnóstico-terapéuticas a las estrictamente necesarias.

- Abrirse a la colaboración con las asociaciones de pacientes

La profesión ha de ver a los usuarios como aliados, con los que llevar a cabo acciones conjuntas en pro de la mejora de la calidad y de la reivindicación de las condiciones que la hagan posible. Las iniciativas actualmente en desarrollo en España pueden facilitar extraordinariamente esta colaboración.

- Reformular las relaciones con el gobierno

Dado el papel relevante del gobierno en el reconocimiento del estatus de profesión y en su regulación, las organizaciones profesionales deben adoptar una postura que encuentre el equilibrio necesario entre el enfrentamiento sistemático y la sumisión incondicional, que deben evitarse a toda costa.

Uno y otra han de ser capaces de diferenciar claramente el papel “bifronte” del gobierno como regulador social y, a la vez, como empleador máximo de los médicos en el sistema público de salud.

Conjuntamente deben abordar el modelo deseable de regulación, a la vista de los tres modelos esquemáticos que existen en el mundo:

- el de los países con sistemas políticos altamente centralizados y estatalizados, como los países de la Europa del Este (actualmente en una etapa de apertura y remodelación).
- el de los países con larga trayectoria liberal, como EEUU de Norteamérica como paradigma.
- de los países europeos occidentales, con la submodalidad del Reino Unido (desarrollo de la autorregulación con una institución mixta, el General Medical Council) y las del resto de países, con márgenes de autorregulación muy variables e intervención estatal prominente.
- Establecer alianzas estratégicas con los demás agentes sociales.

En una situación muy interdependiente y en la que han emergido un buen número de agentes sociales relacionados con el mundo de la salud, la profesión debe ser capaz de establecer alianzas estratégicas, muy especialmente con: las instituciones empleadoras, las compañías aseguradoras, la industria y el resto de profesiones sanitarias; pero también con las fuerzas políticas.

II. INTRODUCCIÓN

La situación actual de la profesión médica en la mayoría de países occidentales desarrollados, España incluida, es, ciertamente, paradójica. Por un lado, los expertos en sociología de las profesiones proclaman un auge indiscutible del profesionalismo y todas las encuestas de opinión reflejan una alta valoración de los médicos en conjunto por parte de la población, muy por encima de otros colectivos, siendo la profesión de médico una de las máspreciadas y deseadas por los jóvenes. Sin embargo, por otro, la propia profesión y la gran mayoría de los médicos en particular tienen una vivencia negativa de su estatus, teñida de desilusión y desencanto, que en ocasiones llega a un sentimiento de ocaso inevitable y que hace que más de la mitad de ellos afirmen que no recomendarían a sus hijos escoger la carrera de médico.

A esta situación contribuyen en gran medida las presiones que la profesión experimenta, que contribuyen a reforzar el círculo vicioso en que aquella se halla inmersa, viéndose incapaz de afrontar los problemas/retos que se le plantean con una mentalidad proactiva y una reorientación de su papel social y de su liderazgo.

En no menor medida, también contribuye a esta situación la profunda transformación social y las dificultades de aplicación del ideario profesional tradicional, obsoleto en determinados aspectos y necesitado de una readaptación urgente en cualquier caso, en el marco del que viene denominándose “nuevo contrato social”.

Todo ello ha hecho que, en muchos de los países de nuestro entorno, las organizaciones profesionales y diversas instituciones científico-profesionales hayan analizado la cuestión, elaborando informes altamente cualificados, la mayoría de los cuales han sido tenidos en cuenta en éste.

Por otro lado, en España se está viviendo un surgir de iniciativas relacionadas con el problema que se acaba de enunciar, muchas de ellas en línea con los abordajes internacionales, que han de servir de material de reflexión y de soporte a muchas de las recomendaciones que se hacen aquí. Buena prueba de ello la constituye la decisión del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de encargar este informe, con el ánimo de poder orientar mejor sus pasos futuros por la senda del nuevo profesionalismo y de la reubicación que la profesión debe ser capaz de llevar a cabo en el contexto social cambiante de nuestro país.

El informe se estructura en tres capítulos fundamentales. En el primero de ellos se analizan los trazos más característicos de la situación actual, que influncian grandemente los retos a los que la profesión médica debe hacer frente en general y, en nuestro país, en concreto. En el segundo, se describen pormenorizadamente dichos retos, identificando sus componentes esenciales con objeto de poder hacerles frente. Y en el tercero, se postulan las diversas estrategias para superarlos con las mejores garantías de éxito, basadas en las diversas experiencias llevadas a cabo en todo el mundo.

El apartado final de bibliografía compendia un conjunto de trabajos que se han considerado fundamentales para mejor entender el problema desde sus distintas vertientes, a los que el lector interesado puede acudir en busca de más información.

Éste, como todos los trabajos de similares características, puede constituir material de debate entre los diversos agentes del sistema sanitario, cada uno de ellos con visiones propias y distintas de la situación. Por ello conviene precisar que el presente informe se ha hecho pensando en que sus destinatarios van a ser los médicos, lo que supone utilizar un marco conceptual, un lenguaje y unos ejemplos adaptados a su situación concreta. No por ello, sin embargo, se han obviado los demás agentes del sistema, los cuales pueden, asimismo, encontrar propuestas útiles para la solución de un problema que a todos afecta por igual, al menos en sus componentes esenciales.

Por otro lado, si bien, por razones obvias, cuando en el texto se habla de organizaciones profesionales se hace referencia, en la mayoría de los casos, a los Colegios de Médicos, no se dejan de lado el resto de organizaciones como las Sociedades Científicas y, en menor grado, los Sindicatos, las cuales son explícitamente mencionadas cuando así se ha creído conveniente.

Lo mejor que podría ocurrir con este informe es que constituyera una fuente de debates posteriores, encaminados a dar solución a un problema por todos reconocido, cual es el de la necesaria adecuación del sistema sanitario español en su vertiente del componente profesional médico, uno de los pilares del mismo según viene siendo ampliamente aceptado y proclamado. En este sentido, el informe se limita a ofrecer soluciones genéricas, que puedan servir como marcos referenciales a partir de los cuales encontrar soluciones concretas y específicas que, en muchos casos, sólo podrán formularse tras un proceso más o menos largo de discusión y de consenso entre los distintos sectores profesionales. Al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos corresponde la responsabilidad de saber encauzar y dirigir este proceso, del que ha de resultar una adecuada reorientación del panorama profesional, que permita superar los fundamentales retos a los que se enfrenta la profesión en España.

III. SITUACIÓN ACTUAL

La situación actual viene caracterizada por un acelerado proceso de cambio en todos los sentidos y un relegamiento de los patrones ancestrales, que se ven substituidos por otros nuevos. Como siempre ocurre en tales situaciones de cambio, lo viejo no acaba de desaparecer y lo nuevo no acaba de llegar, conformando un panorama aparentemente caótico, en el que sólo los mas aptos son capaces de orientarse y salir airosos.

Justo es decir que, a diferencia de lo que muchos creen, tal situación de cambio no es patrimonio exclusivo de nuestra época, dado que cambios radicales se han producido incesantemente a lo largo de la historia. Lo que, en todo caso, caracteriza la época actual es la vertiginosidad del cambio, que alcanza velocidades a menudo difícilmente compatibles con las capacidades humanas de adaptación.

En este panorama complejo, cada vez son más numerosos los elementos no estrictamente sanitarios que condicionan el estado de salud de la población, la salud se mercantiliza y las ideologías economicistas dominan los modelos sanitarios. Por ello, la profesión médica se halla en una situación difícil, verdadera encrucijada vital, con una serie de retos importantes que debe afrontar con decisión e inteligencia, si quiere sobrevivir como profesión diferenciada y nuclear en el sistema sanitario. No hacerlo o hacerlo con una óptica desenfocada, equivale a perder la gran oportunidad de afianzar el sentido genuino de la profesión médica en el mundo de hoy.

Por más que definir una profesión no resulta tarea fácil, como lo ponen de manifiesto las enormes dificultades a las que ha debido hacer frente el Comité sobre Asuntos Legales del Parlamento Europeo cuando ha abordado el tema, para el propósito de este informe se acepta una definición concisa de profesión centrada en los siguientes atributos:

- Posesión de un cuerpo específico de conocimiento, adquirido tras un largo período de formación universitaria, y el control del mismo con capacidad normativa (monopolio del saber).
- Capacidad de control de la organización del trabajo profesional.
- Existencia de organizaciones profesionales reconocidas legalmente, con capacidad reguladora del acceso (credencialismo) y de la práctica (autorregulación).
- Existencia de un código deontológico, con potestad exclusiva para su aplicación.

Adicionalmente, el ideario profesional en general incluye cuatro tipos de valores fundamentales: altruismo, disciplina o autorregulación, eficiencia y compromiso (con la sociedad, con el empleador y con el cliente-paciente). Siendo todas ellas importantes, acaso la que constituye el elemento nuclear del ideario profesional es la capacidad de autorregulación, hasta tal punto que se ha podido decir que una profesión no es otra cosa que una ocupación que ha logrado autorregularse. Y todas ellas sobreviven en base al principio fiduciario, esto es, en la confianza que inspiran primariamente en el cliente y secundariamente en el estado.

Por otro lado, no debe olvidarse el componente cultural de toda profesión. De hecho, se ha podido decir que los profesionales son diferentes de los no profesionales porque ellos están convencidos y los demás así lo creen. Esta creencia de la población en la "superioridad" de los profesionales se basa en asunciones de muy diverso tipo (inteligencia superior, mayor contacto con el mundo de las ideas, utilización del pensamiento abstracto, trabajo científico, etcétera) y, sobre todo, en el conjunto de cualidades que aquellos deben exhibir permanentemente (ejercicio constante del ideario profesional, interiorización de sus valores como norma de conducta, elevados niveles de exigencia ética, priorización del ideal de servicio, ejercer la

profesión a plena dedicación, fomentar la comunidad de valores y actitudes, etcétera). Y ahí radica uno de los componentes esenciales de la situación actual por la que la profesión médica, entre otras, atraviesa.

Por lo que se refiere a la profesión médica, una de las formulaciones recientes más aceptada universalmente establece como sus principios esenciales:

- Primacía del bienestar del paciente.
- Respeto por la autonomía del mismo.
- Promoción de la justicia social.

Complementariamente, la misma formulación describe las responsabilidades fundamentales de la profesión médica en la actualidad, relacionadas con:

- La competencia profesional.
- La honestidad con el paciente.
- La confidencialidad.
- La adecuada relación médico-paciente.
- La calidad asistencial.
- La equidad en el acceso.
- La gestión racional y eficaz de los recursos.
- El conocimiento científico como base de la práctica.
- El mantenimiento de la confianza social a través de una adecuada gestión del conflicto de intereses.
- La autorregulación y el respeto mutuo entre colegas.

En alguna de las últimas formulaciones llevadas a cabo en España, se han establecido tres grandes ámbitos de competencias exigibles al médico de hoy: el conceptual o de pensamiento crítico (conocimientos), el técnico (habilidades) y el de la relación interpersonal (actitudes). Justamente estos tres ámbitos son los que universalmente se reconocen como componentes fundamentales de la competencia profesional del médico.

A partir de estos planteamientos, en un intento de enlazar la visión más tradicional de la labor del médico y la más actual, basada en los listados anteriores, podemos postular que las cinco tareas esenciales del que-hacer médico son:

- Establecer un diagnóstico adecuado y un tratamiento efectivo para la dolencia del paciente.
- Mantener una buena comunicación con el paciente y su entorno.
- Ofrecer soporte individual al paciente durante toda su enfermedad.
- Proporcionar al paciente las posibilidades de rehabilitación para los procesos crónicos.
- Actuar preventivamente cuando sea posible.

Dicho de otra manera y tomando en consideración algunas de las nuevas tareas, las tres responsabilidades fundamentales del médico en la actualidad radican en la provisión de una asistencia sanitaria altamente cualificada, la preocupación por la salud del paciente individual y de la comunidad en general y la gestión eficaz de los recursos disponibles. Como consecuencia, el médico y la profesión en conjunto deben ser capaces de generar confianza en el paciente, en la población y en el estado; en caso contrario, se tambalean los cimientos del reconocimiento que todos ellos muestran hacia el profesional y la profesión, pudiendo llegar a peligrar el estatus de esta última.

Como hemos visto más arriba, uno de los componentes nucleares de toda profesión es la autonomía, surgida siempre del reconocimiento del interés social de la actividad profesional por parte del estado. En el caso de la profesión médica, dicha autonomía estaba mucho más claramente perfilada en el pasado, en el contexto de la práctica liberal tradicional, cuando se daban por descontadas la remuneración directa por parte del paciente, la libertad de decisión clínica, la capacidad de liderazgo y control sobre otras profesiones “supeditadas” y la capacidad de conducir los conflictos por la vía profesional en lugar de por la sindical.

Hoy por hoy, aquella autonomía está sustancialmente limitada como consecuencia de las transformaciones sociales, aparecidas en el contexto del ideario postmodernista que caracteriza genericamente los tiempos actuales y que plantea retos específicos, como veremos más adelante.

Por ello, es oportuno insistir en que si la profesión médica quiere seguir manteniendo su carácter de profesión central en el mundo sanitario, debe llevar a cabo un proceso trascendente de adaptación a la nueva situación, en la que:

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

Este nuevo contexto viene caracterizado por la aparición de otros agentes nucleares en el mundo sanitario; la instauración de una indiscutible politización del debate sanitario; la emergencia de un irrefrenable consumismo/comercialismo; y la preocupación por la contención de los costes y por la eficiencia/control de gestión.

En otro orden de cosas, la asistencia sanitaria actual se caracteriza por estar muy fragmentada; prestarse mayoritariamente en el seno de organizaciones complejas; ser altamente competitiva; haberse ampliado y diversificado extraordinariamente; estar muy intervenida y gestionada; basarse en la comunicación; tender a la estandarización; ser muy costosa; y, finalmente, estar compartida.

Es en dicho contexto en el que la profesión médica ha de desenvolverse con inteligencia y visión de futuro, debiendo ser capaz de conjugar los valores del viejo y del nuevo profesionalismo, si desea mantener su posición social y en el mundo sanitario. A este respecto, no está de más recordar que toda profesión recorre inevitablemente un camino de profesionalización, a través del cual deviene una profesión reconocida; pero para mantener dicho estatus debe proceder a adaptaciones constantes, tendentes a evitar el proceso inverso de desprofesionalización, que acecha constantemente a todo grupo profesional que no se muestra capaz de adecuarse a las modificaciones del entorno y reafirmar su compromiso con la sociedad, para hacerse merecedor del reconocimiento del valor insustituible de su labor profesional.

Al igual que el médico, en su encuentro con el paciente, debe saber resolver satisfactoriamente su papel bifronte, como abogado, por un lado, y como racionador de los recursos, por otro, así la profesión debe saber hacer frente con clarividencia a la situación a la que se enfrenta, que presenta dos caras bien diferenciadas.

Una de ellas, llena de oportunidades, derivada de la indiscutible medicalización de la sociedad, lo que ha convertido al médico en árbitro de conflictos, en una arena social en la que otras fuentes de consenso moral han desaparecido. Algunos sociólogos han llegado a afirmar que la medicina se ha convertido en el reservorio de la verdad, en un dominio en el que se emiten juicios absolutos y decisivos por parte de expertos, supuestamente neutrales y objetivos, no en nombre de la virtud o de la legalidad sino en el de la salud.

La otra cara, plena de retos que generan incertidumbre, viene caracterizada por la presencia de unos gobiernos cada vez más intervencionistas, que han hecho de la sanidad y de la educación los pilares fundamentales de sus políticas de bienestar; un conjunto de profesiones sanitarias que disputan el territorio jurisdiccional tradicionalmente exclusivo de la Medicina; una sociedad cada vez más exigente y menos tolerante con los privilegios; y una profesión plagada de disensiones internas, incapaz de hacer oír una voz potente y unitaria frente al resto de agentes sociales.

De su capacidad para resolver los dilemas que se le plantean depende que la profesión médica en nuestro país, como en otros países de nuestro entorno, salga airoso de la situación de zozobra que vive. Si es capaz de hacerlo, no hay duda de que mantendrá su carácter de elemento nuclear del sistema sanitario, que a lo largo de muchas décadas ha tenido; en caso contrario, su peso específico se irá diluyendo progresivamente, perdiendo este carácter nuclear y debiendo hacer frente a un futuro de profesión al servicio de empleadores públicos o privados, más interesados en contar con técnicos superiores dependientes que con profesionales autosuficientes e independientes.

IV. RETOS PARA LA PROFESIÓN

La profesión médica actual, en la práctica totalidad de los países desarrollados, se enfrenta a un conjunto de retos derivados, básicamente, de las presiones que sufre desde diversos frentes, externos e internos.

RETOS DE ORIGEN EXTERNO

Esquemáticamente, los retos esenciales de origen exterior se pueden compendiar en tres grandes apartados: las modificaciones del contexto socio-cultural, las acusaciones contra la profesión y las presiones de diversos agentes exteriores.

MODIFICACIONES DEL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL

Estas modificaciones se evidencian en distintos frentes, los más importantes de los cuales se analizan a continuación.

Ideario Postmoderno

En un contexto sociocultural dominado por la que viene denominándose “postmodernidad”, por un lado han ocurrido cambios en el paradigma científico que sustenta el cuerpo de conocimiento profesional y, por otro, en la condición del individuo y en el concepto de legitimidad-autoridad.

Por lo que se refiere a los primeros, el determinismo y la simplicidad se ven substituidos por el indeterminismo y la complejidad, desapareciendo la noción de certidumbre absoluta para dar paso a la incertidumbre permanente, lo que obliga a una adaptación constante del acervo de conocimientos.

En cuanto a los segundos, la identidad-individualidad postmoderna se ve impregnada de ribetes de falsedad-ambigüedad, con una preeminencia de la inmediatez en detrimento de la trayectoria existencial y de la experiencia, lo que dificulta extraordinariamente la adquisición de aquel tipo de conocimiento superior, de carácter tácito o intuitivo, propio del profesional-experto.

No hay que insistir demasiado en el hecho de que, en el mundo postmoderno, uno puede ser cualquier cosa en cualquier momento, quedando relegado el concepto del deber o del esfuerzo individual y viéndose como obsoleto todo indicio de autoridad. Todo lo cual, contribuye a socabar los cimientos del ideario profesional tradicional y pone en tela de juicio a todos aquellos que eran tenidos por poseedores de saberes no asequibles a la mayoría (sacerdotes, jueces y médicos, entre otros).

Neoliberalismo y estado del bienestar

El modelo neoliberal contempla con suspicacia al ideario profesional, viendo en su autonomía un obstáculo para el control efectivo y para la introducción de las reformas sanitarias que considera necesarias. Por ello, tanto los partidarios del mercado como los de la gestión burocrática ven al profesionalismo más como una amenaza que como un sistema, con una lógica interna y una indiscutible integridad.

Por otro lado, en el estado del bienestar en el que nos hallamos instalados en la mayoría de países europeos occidentales, el ideario profesional se enfrenta con dos retos de la mayor trascendencia: el consumismo y la preocupación por la reducción de costes sanitarios.

El consumismo atenta contra el ideario profesional al propugnar un igualitarismo a ultranza y establecer de forma explícita los derechos de los usuarios, sin hacer énfasis en sus deberes; lo que se convierte en acicate de la actitud litigadora contra la profesión ante la justicia ordinaria, obviando la vía disciplinaria deontológica propia de aquélla.

Por lo que se refiere a la preocupación omnipresente por la reducción del gasto sanitario, comporta que el estado intervenga cada vez más activamente sobre el mundo profesional, limitando su autonomía, en función del papel relevante del médico en la generación de dicho gasto. En este contexto, el médico tiende a ser visto más como un técnico al servicio de la política y de la economía que como un profesional autónomo, responsable y comprometido, al que se le exige maximizar el servicio práctico inmediato al cliente y convertirse en un agente al servicio de las necesidades del estado benefactor.

En este contexto, que algunos han denominado “sanitarismo coercitivo”, el médico, en su práctica cotidiana, debe asumir un papel “bifronte”: de abogado del paciente ante los agentes que anteponen los intereses de la empresa, de la comunidad o del estado y, a la vez, de agente racionador de los recursos sanitarios, siempre limitados. Una de las parcelas que, en los últimos tiempos, se han convertido en paradigma de esta situación es la de la prescripción, antaño considerada como una de las competencias más genuinas de la independencia del médico y hoy decididamente intervenida.

Revolución tecnológica

La irrupción de la tecnología incide en las condiciones de la práctica profesional, así como en el comportamiento individual.

Con frecuencia, la tecnología se interpone entre el médico y su paciente, a modo de pantalla que deteriora la relación entre ambos, convirtiéndola en más inhumana y despersonalizada.

Además, la facilidad del acceso a grandes cantidades de información por parte de la población comporta, por un lado, la aparición de un paciente más informado y exigente pero, por otro, la de un individuo más perplejo y desorientado, cuando no angustiado. Un efecto evidente de esta facilidad de acceso al conocimiento es que éste pierde su carácter “esotérico” tradicional, lo que va en detrimento del papel del profesional que se ve, así, banalizado en líneas generales.

Y con el acceso a los grandes bancos de datos, el público tiene la posibilidad de conocer los indicadores de la que se considera buena práctica profesional, lo que convierte al profesional en más vulnerable.

En otro sentido, si el desarrollo tecnológico ensancha extraordinariamente las posibilidades de intervención diagnóstico-terapéutica, también incrementa sustancialmente el riesgo iatrogénico.

Y, por último, con la puesta a disposición de la población de un amplio abanico de aparatos-objetos que posibilitan el autodiagnóstico-autocontrol por parte del individuo, en un contexto que algunos han denominado “bricolaje de la vida”, la posición del médico se ve comprometida y el acto médico banalizado.

Aparición de profesiones y ocupaciones limítrofes

Con la irrupción de lo que algunos denominan “metasalud”, que ha venido a difuminar las fronteras entre la salud y la enfermedad, han aparecido un conjunto de disciplinas, con carácter de profesión o meramente de ocupación, que compiten con el médico en su área jurisdiccional propia: nutrición, deporte, estética, autoayuda, etcétera.

Proletarización del médico

Si hace unas décadas la gran mayoría de los médicos ejercían en régimen de profesión liberal, hoy por hoy más de los dos tercios de ellos lo hacen en régimen de asalariados en instituciones públicas o privadas.

Esta situación se da sobre todo en los países en los que, en un contexto de estado del bienestar, los sistemas públicos de salud acaparan el mercado sanitario, como es el caso de España y muchos de los países europeos

occidentales. Sin embargo, en los últimos lustros, esta tendencia se viene observando incluso en países, como Estados Unidos de Norteamérica, en los que las doctrinas liberales han encontrado su desarrollo máximo.

En cualquier caso, lo cierto es que, en la actualidad, son muy pocos los médicos que ejercen en régimen liberal estricto.

Una consecuencia trascendental del ejercicio en el seno de organizaciones burocráticas es su influencia decisiva sobre la personalidad de sus empleados, que tienden a adaptarse a los trazos característicos de las mismas: cadena jerárquica, especialización funcional, normatización uniformadora, especificación de derechos y obligaciones, estandarización de las tareas, relaciones impersonales y coordinación desde uno o más niveles por encima de donde se lleva a cabo el trabajo a coordinar. En este ambiente de predominio de las relaciones contractuales, cooperación indirecta e impersonalidad, el proceso de racionalización burocrática se fundamenta en la eficiencia, la cuantificabilidad, la predictibilidad y el control mediante la tecnología.

Ni que decir tiene que, con ello, el ideario profesional se ve socavado desde sus mismas raíces, abocando a una excesiva división del trabajo, una pérdida del control sobre las condiciones en las que áquel se realiza, una preponderancia del salario como estímulo base y un auge de la canalización de los conflictos a través de la vía sindical. Porqué hay que recordar que si desde la perspectiva profesional la motivación por el trabajo es intrínseca a la condición de profesional, desde la perspectiva burocrática radica en los objetivos y normas de la organización; por lo que no es de extrañar que, en la práctica, cuanto más sentido profesional exhiba el médico en el seno de la institución más probabilidades de conflicto existan.

Por otro lado, en el seno de dichas organizaciones se enfatiza el trabajo en equipo, lo que obliga al médico a entender de forma clara que debe saber “negociar” con otros profesionales los distintos aspectos de su trabajo profesional, debiendo ser capaz de definir con nitidez sus responsabilidades y las de los demás miembros del equipo. Porqué trabajar en equipo no significa, de ningún modo, hacer dejación de las responsabilidades de cada uno; por el contrario, obliga a asumirlas con mayor decisión, si cabe. Además, en este contexto, la figura del profesional autoexigente no suele encajar bien, dado que en el magma del ideario postmodernista antes enunciado y ampliamente difundido en las organizaciones burocráticas, abunda la figura del individuo “irónico”, paradigma de la superficialidad y del juego del poder sin autoridad, que se sitúa en las antípodas del profesional auténtico.

Por último, al compás de la introducción de los nuevos esquemas de trabajo y contratación en dichas organizaciones, el ejercicio del ideario profesional se resiente enormemente, al tener que ejercitarse en contextos de trabajo temporal, a tiempo parcial y con remuneraciones deficientes.

Feminización progresiva de la profesión

Otra característica predominante de la profesión en nuestros días es la proporción creciente de mujeres, que llega hasta el cincuenta por ciento en España y se sitúa muy por encima en muchos países del mundo. Diversos estudios llevados a cabo en nuestro país demuestran que hasta el 70% de los médicos de menos de 30 años son mujeres.

Asociado a este hecho aparece, por un lado, el abandono más o menos temporal del ejercicio profesional (la maternidad explica hasta el 50% de dichas excedencias) y, por otro, la preocupación creciente por encontrar un equilibrio adecuado entre la vida familiar y la profesional, lo que plantea nuevos retos al profesionalismo tradicional que postulaba la vivencia continua del ideario a lo largo de la vida, sin sujeción a ningún tipo de horario ni situación laboral.

ACUSACIONES CONTRA LA PROFESIÓN

Aunque la relación individual de los pacientes con los médicos es percibida muy favorablemente en todas las encuestas llevadas a cabo y, en general, la profesión médica se halla valorada muy positivamente en comparación con otras profesiones, existe una corriente crítica para con la misma en función de lo que se aduce como primacía de sus intereses económicos, falta de un compromiso social, defectos de su estructura y organización, énfasis exagerado en la tecnología y ausencia de sintonía con los problemas que la sociedad percibe como importantes en el ámbito de la salud.

Se ha dicho que la población ve a los médicos, a la vez, como curadores, científicos, profesionales, empresarios y políticos. Lo que sí, de un lado, presenta algunas ventajas para la profesión, de otro, le ocasiona muchos inconvenientes, dado que se la critica por una visión sesgada de sus cinco componentes fundamentales: monopolio, credencialismo, elitismo, corporativismo y arbitrarismo.

Por otro lado, socialmente se lanzan contra la profesión tres tipos de acusaciones, auspiciadas por la corriente de rebeldía contra las profesiones, en general, y contra la profesión médica, en particular. Tales acusaciones se centran en:

Ineficiencia

La profesión médica suele ser acusada de hacer un uso ineficiente de los recursos sanitarios disponibles, con variaciones de la práctica difícilmente explicables en términos científico-profesionales.

Arrogancia

Asimismo, la profesión es acusada de actuar a menudo con arrogancia, con un sentido de élite dominante, con relativo desprecio hacia las verdaderas necesidades de la ciudadanía y una ausencia de autocritica hacia los errores médicos.

Iatrogenia

Diversas corrientes sociológicas han resaltado los componentes iatrogénicos de la práctica médica: iatrogenia clínica, iatrogenia social e iatrogenia estructural. La primera de ellas es la más estudiada y, en asociación con los errores médicos y las variaciones de la práctica, constituye un problema al que la profesión debe hacer frente con lucidez y decisión.

En base a estos tres componentes, se ha postulado una actitud crítica hacia el mundo profesional, al que se acusa de secuestrar la capacidad del individuo y de la comunidad para hacer frente a situaciones/condiciones que el profesional convierte en necesidades/deficiencias para la cobertura/solución de las cuales se presenta como la única alternativa, convirtiendo a los ciudadanos en clientes.

PRESIÓN DE AGENTES EXTERIORES

Cinco son, básicamente, los agentes que, al compás de los cambios que han ido experimentando, ejercen presión más o menos intensa sobre la profesión: el estado (gobierno), las corporaciones sanitarias, la industria farmacéutica y de material médico-sanitario, los consumidores y otros grupos profesionales sanitarios.

Estado (Gobierno)

Las relaciones entre la profesión médica y el estado (gobierno) no han dejado de ser oscilantes desde que, en el siglo XIX, éste le concedió a aquella su carácter genuino de profesión, favoreciendo su papel dominante en el mundo sanitario.

No hay que olvidar que el estatus de profesión sólo se alcanza cuando se dispone de la legislación pertinente, básicamente en relación con el monopolio del saber (universidad), del acceso (colegios), de la deontología (colegios) y de la regulación de la práctica profesional (colegios). Y ni que decir tiene que este “privilegio” es una concesión del estado que, en caso de pérdida de la confianza sobre la que se basa, puede ser cuestionado y, en el peor de los casos, retirado. El exponente máximo de dicha regulación en nuestro país es la Ley de Colegios Profesionales, acompañada de otros textos legales que se refieren concretamente a la profesión médica (básicamente la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud).

Basado en un contrato social no explícito con el estado, el estatus profesional se halla continuamente en una situación de tensión, que requiere un esfuerzo constante de adaptación por parte de la profesión. Esta situación de tensión se está viviendo actualmente en muchos países de nuestro entorno y, en España, se patentiza claramente cuando diversos gobiernos autonómicos están promoviendo iniciativas encaminadas a recortar

los ámbitos profesionales específicos (supresión de la colegiación obligatoria y promulgación de disposiciones reguladoras abusivas de la práctica profesional, entre otras).

Corporaciones Sanitarias

Ya vimos que las organizaciones complejas, en las que mayormente trabaja el médico actual en régimen de asalariado, tienden a socavar el ideario profesional a través de su patrón burocrático, que trasciende el ámbito estructural y troquea la propia personalidad del médico-empleado.

En ellas, la figura del gestor está adquiriendo una predominancia evidente a expensas del profesional, que se ve convertido en un técnico cualificado de nivel superior, al que se encomienda la resolución de problemas técnicos concretos, alejándolo de sus responsabilidades tradicionales en la definición y organización de su trabajo.

La figura del profesional exigente, autónomo y capaz de autorregularse y de asumir compromisos de gestión conlleva grandes contradicciones y plantea situaciones de tensión en el seno de las organizaciones. Este es uno de los campos menos resueltos en el engarce del profesional en la organización y áquel en el que ambas partes (los gestores y los médicos) deben invertir mayores esfuerzos para encontrar salidas airoas, en beneficio de todos (de la propia organización, de los profesionales y, lo que es más importante, de los pacientes).

Por otro lado, en los últimos tiempos el número de personal no sanitario y, muy especialmente, no médico ha crecido de forma espectacular en la mayoría de sistemas sanitarios públicos, mientras que el del personal médico lo ha hecho mucho más limitadamente. En algunos casos, como el del National Health Service británico, desde 1997 se ha observado un crecimiento de hasta el 78% del personal directivo y del 50% del personal administrativo, mientras que el de médicos generales apenas ha llegado al 18% y el de especialistas hospitalarios al 49%. En España, con el desarrollo de los sistemas sanitarios autonómicos, altamente burocratizados, a buen seguro que estas diferencias pueden llegar a ser, incluso, superiores.

Industria farmacéutica y de material médico-sanitario

En defensa de sus legítimos intereses, la industria farmacéutica y de material médico-sanitario a menudo lleva a cabo iniciativas que chocan con el ideario profesional y comportan conflictos de interés más o menos evidentes.

Dos de los ámbitos en los que tal situación se patentiza más claramente son los de la investigación (básica y, sobre todo, clínica) y de la formación médica continuada. El médico y sus organizaciones profesionales no siempre aciertan a ver claro cual es su papel y no es infrecuente que adopten posicionamientos ambivalentes, que actúan en detrimento de la propia profesión. Dicho posicionamiento adquiere los mismos ribetes de ambigüedad en los casos de delimitación de nuevas entidades nosológicas, susceptibles de tratamiento; de la aplicación de nuevas tecnologías; y del establecimiento de nuevos objetivos terapéuticos para entidades tradicionalmente bien definidas.

Por otro lado, la industria, en los últimos tiempos, ha puesto en práctica iniciativas de marketing directo al consumidor, que suponen un reto para el monopolio de la prescripción, que tradicionalmente había ostentado la profesión médica.

Población usuaria-consumidora

Si, por un lado, la población confía en la profesión médica, situándola en los primeros lugares del ranking de valoración social, por otro, la contempla con criticismo, como hemos visto más arriba.

Este criticismo, alentado por grupos de activistas animados por los postulados que describimos en apartados anteriores, ha estimulado la aparición de las asociaciones de pacientes, cuya manifestación primigenia y más aparente fué la de los enfermos de SIDA pero que, posteriormente, se ha extendido a muchos otros ámbitos relacionados especialmente con procesos crónicos, susceptibles de tratamiento por largos períodos de tiempo o, incluso, durante toda la vida.

En relación con esta actitud crítica ha emergido la que podemos denominar “cultura de la litigación”, basada en una desconfianza permanente hacia la actuación del profesional. Éste, en respuesta, se adentra cada vez más en la siempre criticable y deontológicamente inaceptable “medicina defensiva”, caracterizada

por la realización de pruebas y consultas, a menudo no justificadas, como protección contra la eventual denuncia o, incluso, el rechazo a llevar a cabo actuaciones asistenciales consideradas de alto riesgo. Ni que decir tiene que todo ello va en detrimento del sistema sanitario y del paciente. De áquel, porque resulta en una sobrecarga y un gasto exagerados e injustificados; y del paciente, porque se ve sometido a exploraciones innecesarias, con la iatrogenia consecuente y, por otro lado, porque no se beneficia de algunas intervenciones clínicamente justificadas.

La intervención activa de los gobiernos, promoviendo declaraciones formales de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, ha venido a estimular decisivamente este movimiento, que es visto por la profesión como una fuente de acoso externo.

Otros grupos profesionales sanitarios

Diversos grupos profesionales sanitarios que se mueven en el mismo campo jurisdiccional que el médico o en campos limítrofes, son vividos por éste como fuentes de acoso externo.

Este ha sido y es el caso de los odonto-estomatólogos, los farmacéuticos y el personal de enfermería, con los que han venido surgiendo disputas jurisdiccionales (recuérdense los casos más recientes de la capacidad de prescripción o de las consultas complementarias). Pero es de esperar que, en un futuro no muy lejano, lo mismo ocurra con grupos profesionales como los podólogos, los fisioterapeutas, los psicólogos clínicos y los nutricionistas, entre otros, que reclaman su ámbito competencial propio a medida que van emergiendo nuevas necesidades, en un contexto socio-sanitario cambiante, y ven reconocido su carácter de profesión en los textos legislativos.

RETOS DE ORIGEN INTERNO

Las distintas concepciones que los propios profesionales tienen sobre su profesión generan tensiones internas, altamente dañinas para la misma porque conllevan discrepancias estratégicas que dificultan la solución de los retos de futuro con los que se enfrenta.

Y, por otro lado, algunas características del ejercicio constituyen fuentes de conflicto, debidamente enfatizadas por otros agentes sociales.

Médicos contra médicos

Una fuente importante de conflicto es las disputas jurisdiccionales entre especialistas y generalistas pero, asimismo, entre los propios especialistas a medida que el número de especialidades no para de crecer. Un peligro adicional de esta excesiva fragmentación del conocimiento y de la práctica, ya enunciado más arriba, es el borramiento progresivo del perfil de profesional para dar paso al de técnico de nivel superior, con el que los empleadores se sienten más cómodos.

Otra fuente de conflicto entre profesionales es la de los médicos de “staff” contra los médicos en formación, que en algunos países ha aflorado ya y que en España empieza a dibujarse en el trasfondo de algunas situaciones de tensión aparecidas en los últimos tiempos, particularmente en los hospitales públicos.

No menos importante es el conflicto entre médicos convencionales y los que se adhieren a las prácticas no convencionales, alternativas o complementarias. Éstas son utilizadas cada vez más por la población en todos los países y con algunas de las iniciativas de regulación aparecidas recientemente en nuestro país, no se ha conseguido otra cosa más que ampliar las situaciones de conflicto potencial, al reconocer formalmente grupos de profesionales no médicos.

Con la aparición de los nuevos esquemas de gestión de las organizaciones sanitarias, son cada vez más numerosos los médicos que abandonan su práctica profesional para enrolarse en las estructuras de gestión, clínica y no clínica. Por ello, algunos han podido hablar de disputas entre médicos generadores de normas y los que deben seguirlas, entre médicos gestores y gestionados o entre médicos empleadores y empleados.

Hiato generacional

Siguiendo con el punto anterior, actualmente existe un verdadero hiato, que podemos considerar esquemáticamente de carácter generacional, entre dos categorías de médicos:

- Los que, anclados en épocas pretéritas, dan por sentado el prestigio y la posición social del médico, sin caer en la cuenta de los profundos cambios ocurridos a nivel social. Los que se encuadran en este grupo, no entienden la necesidad de que la profesión deba rendir cuentas (“accountability”) a la sociedad y, en concreto, al estado.
- Los que, no habiendo vivido las situaciones anteriores de “bonanza” para la profesión, no acaban de entender qué representa ser profesional puesto que se ven más como trabajadores cualificados. A los que se encuadran en este grupo, les cuesta entender las razones para la autoexigencia y el compromiso profesionales.

Normatización de la actuación clínica

La introducción de los protocolos y guías clínicas, en el contexto de la denominada “medicina basada en la evidencia”, ha supuesto un avance indudable para asegurar la calidad asistencial y resulta obvio que debe apoyarse decididamente.

Sin embargo, en la práctica, cuando el médico se enfrenta a casos particulares (y cada paciente lo es), resulta obvio que no siempre se puede atener estrictamente a seguir los pasos recomendados, so pena de cometer errores de aplicación. No ha de resultar difícil de entender que si el médico deviene un mero aplicador de protocolos, en muchos casos resulta difícil justificar el largo proceso de aprendizaje para llegar a obtener una titulación que, a ojos vista, queda degradada con esta forma de proceder.

Variabilidad de la práctica médica

Como han puesto de relieve muchos estudios en diferentes países, España incluida, en el mundo real se observan unas acusadas diferencias en la práctica médica entre distintas áreas geográficas, muy especialmente en lo que se refiere a las conductas terapéuticas.

Algunas de dichas diferencias tienen explicaciones lógicas, en función de variaciones demográficas o epidemiológicas, entre otras; sin embargo otras resultan de más difícil explicación científica y más bien obedecen a pautas de comportamiento influenciadas por hábitos, corrientes, o intereses determinados, que constituyen un frente abierto contra la profesión, que es acusada de velar antes por sus intereses que por los de la población.

Otros retos interiores

Entre dichos retos destacan:

- Las dificultades del médico para explicar el acerbo de conocimiento tácito o no explícito que incorpora a su práctica cotidiana y que encaja mal con la exigencia de las organizaciones de convertirlo todo en normatizable.
- La propia ignorancia del médico del ideario profesional actual y de la manera como preservarlo y fomentarlo en la vida real.
- La apatía, cuando no desafección, hacia las organizaciones profesionales, que son vistas como ajenas y centradas en aspectos poco o nada relacionados con el ejercicio profesional.
- La actitud de descontento, desmotivación y desencanto exhibidas públicamente por los médicos y por la propia profesión en conjunto, en un contexto impregnado de la “cultura de la queja”, que daña el ideario profesional desde sus mismas raíces.

V. ¿ CÓMO HACERLES FRENTE ?

La mayoría, si no todos, de los retos que acabamos de analizar en el capítulo anterior pueden convertirse en excelentes oportunidades para implantar y desarrollar el ideario del nuevo profesionalismo, si el médico y la profesión en conjunto saben enfrentarlos con la óptica adecuada y las actuaciones pertinentes.

Para ello, es necesario que todos hagan el esfuerzo de pasar de una mentalidad reactiva y cerrada a otra proactiva y abierta, que convierta en oportunidades de éxito lo que, con aquella primera mentalidad, únicamente se contempla como problemas, barreras y fuentes de decepción.

La profesión en conjunto y el médico en particular deben abandonar las posturas de dejación de responsabilidades y de queja constante, que tan dañinas resultan a medio y largo plazo, pasando a tomar iniciativas que tiendan a afirmar el liderazgo y a patentizar la asunción de responsabilidades plenas, aún en situaciones de incertidumbre.

De hecho, la manera como se resuelven los problemas propios del nuevo modelo médico-sanitario implantado en los países desarrollados y como influyen en la relación triangular estado-sociedad-profesión, depende en gran manera de la capacidad de esta última de introducir reformas en su seno.

En este sentido, es bueno que la profesión médica española tome ejemplo de las corporaciones profesionales, médicas y no médicas, de otros países que se han enfrentado a situaciones semejantes de caos, incertidumbre y zozobra. De ellas debe aprender que nada se consigue sin una decidida voluntad de superación, tras una sereno análisis de los problemas y la detección de los puntos débiles.

En la situación actual es especialmente importante que la profesión médica española identifique y acepte las debilidades que presenta, diseñe planes operativos realistas para superarlas y sea capaz de visionar un futuro en el que algo de lo pasado se habrá perdido y algo nuevo habrá aparecido. Únicamente si es capaz de evitar que los árboles le impidan ver el bosque tendrá garantías de éxito, contribuyendo, de paso, a hacer posible un sistema sanitario mejor, en el que el papel del médico ocupe el lugar central que le corresponde.

Sólo así se podrá contemplar con optimismo el futuro, cuyos perfiles contribuirá decididamente a diseñar, en vez de contentarse con asistir pasivamente a su aparición.

Esquemáticamente, clasificamos las actuaciones destinadas a superar con éxito los retos en dos grandes apartados:

- En el primero de ellos, la profesión debe actuar combatiendo algunos tópicos que ella misma acepta apriorísticamente y rebatiendo las acusaciones de que es objeto, a menudo infundadamente.
- En el segundo, por el contrario, la profesión debe hacer gala de una mentalidad proactiva y difundir, fomentar y ejercer activamente el nuevo ideario profesional que al principio se ha expuesto.

COMBATIR TÓPICOS Y REBATIR ACUSACIONES

En el mundo real suelen existir no pocos tópicos acerca de la profesión médica, algunos de los cuales son aceptados sin juicio crítico ni reflexión por los propios médicos, lo que contribuye poderosamente a situarles en una posición de partida desfavorable.

Por otro lado, la profesión suele ser objeto de determinadas acusaciones por parte de grupos sociales diversos, no siempre justificadas. Por ello, es conveniente que, haciendo un esfuerzo de lucidez, la profesión sea capaz de rebatirlas adecuadamente, con objeto de poder reposicionarse mejor en la arena social.

Deterioro de la confianza

Según se ha dicho mas arriba, la información disponible pone de manifiesto que, en su gran mayoría, la población sigue confiando en la profesión médica, a la que valora muy positivamente, situándola entre las tres primeras profesiones en el ranking de consideración y confianza. De ahí que no pueda sustentarse la creencia de algunos médicos, de que su profesión viene siendo objeto de un deterioro constante a los ojos de la población.

En este mismo sentido, tampoco se puede sustentar la creencia de que la profesión se está convirtiendo en el blanco de las acusaciones de los medios de comunicación, dado que los estudios llevados a cabo han puesto de manifiesto repetidamente que, si bien han aumentado las noticias relacionadas con la salud y la medicina, no ha variado significativamente la relación entre buena y mala imagen de los médicos a lo largo de los últimos decenios en los medios de comunicación estudiados.

Pérdida de autonomía y desmotivación

Tampoco se corresponde con la realidad el sentimiento mayoritario de una pérdida dramática de autonomía por parte del profesional. Que la autonomía profesional se ha visto erosionada, muy especialmente en el seno de las organizaciones empleadoras, resulta indiscutible; sin embargo, como estudios sociológicos de prestigio han puesto de manifiesto, el médico actual dispone, si es capaz de utilizarla adecuadamente, de unos márgenes de autonomía sensiblemente superiores a los que, con frecuencia, el mismo cree de manera apriorística. Lo que, en todo caso, debe hacer es adaptar la noción de autonomía tradicional al nuevo marco de regulación profesional.

La percepción de insatisfacción y descontento del médico no es propia de la profesión, dado que se halla muy generalizada en el seno de la sociedad actual, como han puesto de manifiesto diversos estudios poblacionales y analizamos someramente al describir las características de la sociedad postmoderna.

El “burn out”, lejos de afectar unicamente a los médicos, es común entre los profesionales que trabajan en áreas de servicio a personas, a grupos poblacionales desfavorecidos y con elevados niveles de exigencia. Y la desmotivación obedece tanto a factores ambientales como propios, dado que, como es bien sabido, la motivación es un fenómeno extraordinariamente complejo, profundamente arraigado en la propia personalidad.

Por todo lo cual, cabe deducir que las asunciones del médico respecto a los fenómenos que acabamos de ver deben ser modificadas, con objeto de poder ver con claridad en el panorama complejo que debe afrontar y, superando la “cultura de la queja”, situarle en una posición mas favorable para solucionar con éxito los retos que se le presentan. De lo contrario, el cúmulo de percepciones sesgadas y poco fundamentadas, a lo único que contribuye es al hundimiento del profesional en una situación ombría, desde la que resulta difícil ver la luz.

Monopolio

La acusación de monopolio que, desde distintos frentes, se hace contra la profesión debe diferenciarse nitidamente de lo que comunmente se entiende por monopolio en el mercado. En el caso de la profesión médica, el monopolio no se basa en el acúmulo de riqueza o de poder y ni tan siquiera en el monopolio del conocimiento en general, sino más bien en el ejercicio de una esfera de saber basado en la competencia.

Dando la vuelta a la acusación, la profesión debe saber presentar este componente de su ideario como un elemento positivo en favor del paciente, ya que constituye una garantía de la calidad asistencial, muy especialmente si se acompaña de iniciativas de reconocimiento periódico de la competencia individual.

Credencialismo

En un sentido favorable a la profesión, el credencialismo debe ser presentado como un sistema de señales creíble, fiable, comprensible y actualizado para todos los agentes sociales, que facilita la identificación del profesional y le exige una actualización periódica de sus competencias, como base de su compromiso con la sociedad.

Visto desde esta perspectiva, el credencialismo, lejos de representar un privilegio para la profesión, constituye una garantía para el resto de los agentes sociales que, de otra forma, se hallarían expuestos a situaciones de abuso potencial, dada la lejanía de los instrumentos de control.

Elitismo

El componente elitista, innato a toda profesión, debe diferenciarse, asimismo, de la acepción comunmente peyorativa que la noción de élite tiene en la sociedad actual, impregnada de un ideario igualitarista a ultranza.

El elitismo profesional debe centrarse en el sentido de la exigencia y compromiso superiores que entraña, distanciándolo de concepciones erróneamente asociadas, como la desigualdad o la injusticia, con las que nada tiene que ver. Tan equivocado resulta equiparar democracia con igualitarismo como elitismo con inequidad. De hecho, alguien ha sentenciado que el profesional no sólo no tiene privilegios sino que tiene más deberes y compromisos que el común de los ciudadanos. Y, en este sentido, debe ser el propio médico el que, huyendo de tales interpretaciones sesgadas y con una profunda convicción, reivindique el sentido genuino del elitismo profesional en la vida real, superando los complejos con que actualmente contempla esta cualidad del profesionalismo más genuino.

Arbitrarismo

La acusación de arbitrarismo se puede desmontar con facilidad si se utiliza el término de discrecionalismo para significar la aplicación del conocimiento general a cada caso concreto, en un afán de individualizar la asistencia en beneficio del paciente, como contraposición a la racionalización homogeneizadora que propugnan los sistemas burocráticos de gestión actuales.

En este sentido, debe enfatizarse la necesidad de reivindicar el conocimiento tácito o implícito por parte del médico, como un componente fundamental de la calidad asistencial prestada por un experto. Este tipo de conocimiento, que de manera esquemática puede asimilarse con el “juicio clínico”, se muestra mucho más adecuado para la toma de decisiones en contextos en los que prima la eficiencia y la efectividad. Y puesto que representa un contrapunto a los afanes normatizadores de las organizaciones burocráticas, el médico debe ser capaz de hacer prevalecer su superioridad para la solución de casos concretos, como lo son los pacientes individuales a los que, en su práctica, atiende.

Por último, debe enfatizarse, una vez más, el uso adecuado de los protocolos y guías de práctica clínica. Éstos, como exponentes paradigmáticos del conocimiento académico o explícito, tienen aspectos positivos que no hace falta señalar de nuevo; sin embargo, cuando se usan en el contexto clínico, deben ser adaptados a cada situación concreta, lo que equivale a decir a cada paciente, con su perfil y características propias.

Haciéndolo así, el médico contribuirá poderosamente a revalorizar su ideario profesional, alejándose del perfil de un mero técnico superior, del que tan negativas consecuencias se derivan para el ideario profesional, como vimos en un apartado anterior.

Corporativismo

La acusación de corporativismo se sustenta en la desviación de la defensa de los intereses de la sociedad hacia la de los intereses de la profesión por encima de todo, en la que ésta ha caído en más de una ocasión.

Con objeto de gozar del plus de legitimidad y confianza que le permita mantener el estatus de profesión reconocida, la profesión médica debe actuar decididamente en la actualización y profundización de su compromiso de autorregulación, en el que vamos a insistir más adelante. No hacerlo equivale a dar argumentos a quienes sustentan la acusación de corporativismo y, en consecuencia, propugnan que la profesión sea regulada desde fuera.

FOMENTAR Y EJERCER EL NUEVO IDEARIO PROFESIONAL

Si en el apartado anterior se hacía énfasis en la necesidad de que la profesión se afane en esclarecer los malentendidos y rebatir las acusaciones de que suele ser objeto, en éste se sugieren actuaciones encaminadas a fortalecer el nuevo ideario profesional en su aplicación práctica.

En este contexto, bueno será recordar que, en la formulación del nuevo ideario, la profesión debiera ser consciente de la necesidad de actualizar algunos de los componentes fundamentales del profesionalismo tradicional que, en la actualidad, más en entredicho se hallan. Sin que ello signifique que deba abdicar por completo de estos postulados, lo que sí debe hacer es reformularlos en un sentido más adaptado a la nueva realidad social.

Intervenir en el diseño de la política educativa

Si, como es obvio, las Facultades de Medicina han de preparar a los médicos del futuro inmediato, parece lógico que adapten con periodicidad sus planes de estudio a las necesidades cambiantes de la sociedad y del mundo sanitario, con objeto de que los profesionales entren al mercado sanitario con el bagaje competencial adecuado.

En este sentido, más allá de la presencia de los representantes de la propia sociedad, resulta pertinente que las organizaciones profesionales, muy particularmente los Colegios de Médicos, se hallen presentes en los órganos de decisión universitarios con el objetivo de aportar su conocimiento de la realidad sanitaria, desde el punto de vista profesional, que permita orientar mejor el diseño de los planes de estudio, tanto en sus contenidos como en el grado de flexibilidad y en su duración.

De manera especial, dichas organizaciones deben auspiciar que el conocimiento del ideario del profesionalismo entre a formar parte de los planes de estudio de las Facultades de Medicina, con objeto de que el futuro médico lo tenga incorporado a su bagaje conceptual y lo pueda proyectar en su conducta profesional.

Además, deben propiciar una formación en la que se potencie la adquisición de habilidades, actitudes y valores tanto o más que los conocimientos y que se plantee como meta fundamental la capacitación de los futuros médicos para llevar a cabo un aprendizaje activo, independiente y autodirigido a lo largo de su vida profesional.

Por otro lado, las organizaciones profesionales, muy especialmente las Sociedades Científicas pero también los Colegios de Médicos, debieran participar mas activamente de lo que actualmente lo hacen en el diseño de los planes de formación de especialistas, en los que, asimismo, debería incorporarse el conocimiento del ideario del profesionalismo.

En este sentido, las mencionadas organizaciones han de participar en la delimitación de las especialidades a incorporar al sistema sanitario, debiendo ser capaces de encontrar un equilibrio que evite la aparición de un número desproporcionado de ámbitos de especialidad. Una proliferación descontrolada de las mismas, a menudo fomentada por agentes exteriores a la propia profesión, conduce a un deterioro progresivo de la imagen del profesional competente para la solución de problemas complejos, asimilándolo más a la del técnico superior especialmente preparado para resolver problemas puntuales, que suelen ser únicamente una parte del problema global de salud del paciente.

Para ello, pueden echar mano de las experiencias de otros países y de las posibilidades que nuestra legislación contempla: componentes tronculares, áreas de capacitación específica y diplomas de acreditación y de acreditación avanzada, básicamente. No hacerlo así y obsecarse en la mera proliferación de ámbitos de especialidad cada vez más circunscritos, como respuesta a los avances tecnológicos y las presiones de otros agentes, únicamente efectos negativos ha de tener sobre la profesión.

Intervenir en el diseño de la política demográfica

No menos importante es la participación de las organizaciones profesionales en el diseño de la política demográfica médica, via “*numerus clausus*” de las Facultades de Medicina. Este aspecto resulta fundamental, puesto que los desajustes entre oferta y demanda, como los vividos en España en los últimos lustros, influyen decisivamente en la situación de la profesión por dos vías:

- Contribuyendo a crear colectivos relativamente marginales, que no pueden acceder a la titulación de especialista correspondiente y se mueven en unos marcos laborales y salariales precarios, que condicionan al resto de la profesión.
- Originando vacíos de profesionales en determinadas áreas de especialidad, que los empleadores intentan subsanar contratando profesionales de baja cualificación o, como es el caso reciente en algunas Comunidades Autónomas, procedentes de otros países, sin unas mínimas garantías de competencia profesional.

Ni que decir tiene que ambas situaciones ejercen una influencia muy perniciosa sobre la profesión, contribuyendo a su deterioro progresivo y a la pérdida de prestigio y reconocimiento social.

Actualizar y difundir el nuevo ideario profesional

Como lo han hecho las organizaciones profesionales de otros países, las del nuestro deben proceder a la actualización del ideario del profesionalismo que se compendia en este informe, difundiéndolo ampliamente entre sus afiliados, entre el resto de agentes sociales y, muy especialmente, entre la población.

En esta actualización del ideario profesional deben ponerse al día algunos conceptos que encajan difícilmente con el modelo social actual, como los de maestría/superioridad, autonomía absoluta o privilegios apriorísticos. En su lugar, deben formularse poniendo el énfasis en la competencia, la autonomía parcial en el marco de la inevitable regulación de la profesión por parte del estado y la concesión de algunos privilegios pactados. Por lo que se refiere a la autorregulación, uno de los pilares del concepto de profesión según vimos al comienzo, debe matizarse en el mismo sentido que el de autonomía y poner el acento en sus aspectos más estrechamente relacionados con el compromiso y la garantía de calidad asistencial.

En contrapartida, deben enfatizarse otros componentes del ideario profesional como los de altruismo, vocación, voluntad de rendir cuentas, compromiso, integridad y servicio, entre otros, que en el contexto social actual no suelen ser demasiado bien considerados. A este respecto, se ha podido decir que si la mera práctica médica no requiere ni de la humildad ni del altruismo, por el contrario, la buena práctica médica precisa de ambos.

De manera especial, siguiendo las iniciativas de algunos Colegios y de la propia Organización Médica Colegial, deben adaptar sus códigos deontológicos, incorporando los nuevos postulados que substituyan a los clásicos de una ética maximalista; los problemas surgidos con los avances científicos, la aparición de nuevas tecnologías y la implementación de nuevas intervenciones médico-sanitarias; y los nuevos desarrollos de la ética de las organizaciones, en lo que se refiere a su deber de proporcionar las condiciones necesarias que garanticen el desarrollo del trabajo del médico en condiciones adecuadas de calidad y seguridad para el paciente.

En dichos códigos deben contemplarse, asimismo, las relaciones del mundo profesional con los demás agentes, muy especialmente con la industria, dejando clara la actitud frente a los conflictos de intereses y delimitando los ámbitos de colaboración, con sus contrapartidas correspondientes. Cuanta más claridad se arroje sobre este punto, tanto más se contribuirá a rebatir una de las acusaciones más extendidas contra la profesión.

Promover la excelencia y el desarrollo profesional continuo

En un contexto de difusión del ideario del profesionalismo entre sus propios miembros, las organizaciones profesionales deben promover iniciativas de revalorización de la excelencia. Frente al “ethos burocrático”, que se atiene al mínimo legal, debe reivindicarse el “ethos profesional”, que aspira a la excelencia.

Aquellas organizaciones deben instaurar sistemas de reconocimiento público de la excelencia. Con ello contribuirán decisivamente al prestigio de la profesión y al mejor entendimiento con los agentes empleadores.

Además, deben insistir en la necesidad de balancear adecuadamente los derechos y deberes postulados por el nuevo profesionalismo y de fomentar el desarrollo profesional continuo. Éste debe ser visto como un compromiso del médico de mantenerse competente a lo largo de su vida, para asegurar una prestación de calidad al paciente; y trasciende, por un lado, lo que tradicionalmente ha venido conociéndose como formación médica continuada y, por otro, lo que en España se ha modulado como carrera profesional.

En efecto, si la formación médica continuada se ha venido entendiendo como la manera de mantener aquella competencia mediante la participación en actividades formativas, en los últimos tiempos se ha desplazado el énfasis hacia el desarrollo profesional continuo, en el que se incluyen otros componentes relacionados con la competencia más allá de las actividades formativas. De todas formas, lo que en ambos casos resulta trascendente, desde el punto de vista del profesionalismo, es que sean vistos como una responsabilidad del médico por encima de todo, antes que como un derecho que otros deben contribuir a satisfacer. Que tal derecho sea reconocido oficialmente permite al médico exigir al empleador su participación, pero no le exime en absoluto de prescindir de la vertiente del compromiso profesional que supone.

Especial relevancia adquiere, en nuestro caso, la distinción entre desarrollo profesional continuo y carrera profesional, al menos en el sentido que esta última ha adoptado en los modelos diseñados en nuestro país. Si, como acabamos de ver, áquel representa un compromiso que el médico adquiere con fines meramente profesionales de promoción y reconocimiento, con independencia de que le proporcione, a su vez, nuevas oportunidades laborales y económicas, la carrera profesional se ha formulado mayormente como un camino de promoción laboral y salarial en el seno de las organizaciones, por más que, en algunos casos, incluya componentes de desarrollo profesional genuino. Por ello, es perfectamente comprensible que la carrera profesional haya caído de lleno en el campo sindical, mientras que el desarrollo profesional continuo debiera hacerlo en el del profesionalismo, auspiciado por las organizaciones médicas no sindicales (basicamente Colegios y Sociedades Científicas).

Reivindicar el ideario profesional en las instituciones empleadoras

Con frecuencia, se subraya la incompatibilidad entre el ejercicio del ideario profesional y las estructuras de gestión de las organizaciones, en las que el médico trabaja como empleado. Como repetidamente se ha demostrado, dicha incompatibilidad arranca de algunos malentendidos conceptuales; de lo que se deriva que, en la práctica, existen amplios márgenes de coincidencia entre las necesidades de los gestores institucionales y las de los médicos empleados.

Partiendo de los postulados de las que vienen denominándose “organizaciones inteligentes u orientadas hacia el aprendizaje” (en otro sentido, “burocracias profesionales”), al médico, y a la profesión en general, no les ha de resultar demasiado difícil identificar aquellos aspectos concretos de la organización que no sólo les permitan ejercer activamente su ideario profesional sino, además, hacerlo a favor de su papel preeminente en el seno de aquélla.

Para ello, el médico ha de saber huir de las rutinas defensivas, propias de los trabajadores cualificados en las organizaciones, y es necesario que entienda bien el sentido del compromiso, del liderazgo, de la capacidad para solucionar situaciones complejas con eficiencia y efectividad, de la capacidad de colaboración con otros profesionales y de la disponibilidad al aprendizaje permanente y a la introducción de los nuevos esquemas de trabajo que, como el de las denominadas “comunidades de práctica”, tan cercanos le resultan.

De entre el conjunto de iniciativas que, en este sentido, el médico que trabaja en una corporación sanitaria puede llegar a cabo, las cuatro siguientes son las más universalmente recomendadas:

- Minimizar los enfrentamientos entre las diversas categorías de médicos en el seno de la organización.
- Potenciar los estamentos de cariz profesional, diferenciándolos netamente de los de cariz sindical y revalorizar la figura del director médico.
- Promocionar activamente los comités de ética y de calidad asistencial, así como el ejercicio activo del “peer review”.
- Comprometerse decididamente con la gestión clínica.

Fomentar la participación en las organizaciones profesionales

Es absolutamente necesario que los médicos superen su tradicional apatía, cuando no desafección, hacia sus propias organizaciones profesionales, participando activamente en sus iniciativas. Para ello, dichas organizaciones han de ser capaces de introducir esquemas de funcionamiento más profesionalizados, que faciliten y estimulen dicha involucración.

Por otro lado, han de fomentar la participación a través de la revalorización de la misma, en términos de desarrollo profesional continuo, con su oportuno reconocimiento explícito y su traducción en recompensas profesionales diversas.

Las organizaciones han de saber encontrar auténticos líderes profesionales, que sean capaces de ilusionar a sus miembros, ofreciendo alternativas que tiendan a superar la “cultura de la queja”, en la que mayoritariamente se ha instalado la profesión; el enfrentamiento sistemático; y la actitud pasiva y meramente reacc-

tiva. A los auténticos líderes, con visión proactiva y capacidad de compromiso, no les ha de resultar extremadamente difícil atisbar las amplias oportunidades que se ofrecen al profesional competente y responsable en nuestros días, aún en unos sistemas sanitarios tan intervenidos por los agentes estatales y tan dependientes de los empleadores, públicos y privados.

Adaptar las estructuras de las organizaciones profesionales

En relación con el punto anterior, las organizaciones profesionales deben abandonar el carácter voluntarista que tradicionalmente han tenido y devenir organizaciones altamente profesionalizadas, con potentes equipos de pensadores y expertos (verdaderos “think tanks”) que les permitan convertirse en organizaciones de profesionales del conocimiento, y estructuras de gestión modernas y eficaces, que permitan su reposicionamiento en condiciones competitivas. Sólo así serán capaces de mantener un diálogo de tú a tú con el gobierno y el resto de agentes sociales relacionados con el sistema sanitario y podrán reubicarse adecuadamente en la sociedad de hoy.

Permanecer ancladas en la situación actual, con la percepción equivocada de que los cada vez más limitados privilegios de que gozan les serán mantenidos porque así debe ser y así ha sido desde siempre, constituye un grave error del que únicamente consecuencias negativas pueden derivarse para la profesión.

Si ésta pretende tener la voz preeminente en la delimitación de las fronteras de la Medicina en el marco social, es indispensable que, más allá de gestionar eficazmente su propia parcela de responsabilidad, sea capaz de generar su propia doctrina y sus propios proyectos, desde una posición que algunos han denominado “poder compensatorio” o “contrapoder”, a partir de la cual pueda competir con otros poderes de la arena sociopolítica. Esta competición, como siempre ocurre en el caso de los contrapoderes, se lleva a cabo, básicamente, construyendo realidades y utilizando símbolos, dos atributos que la profesión siempre ha contemplado a través de los tiempos.

Delimitar los ámbitos propios de las diversas organizaciones profesionales

Es indispensable que el colectivo profesional médico se enfrente a la urgente necesidad de delimitar, lo más nítidamente posible, los ámbitos en los que debe desarrollarse prioritariamente la acción de los tres grandes tipos de organizaciones profesionales:

- Los Colegios de Médicos.
- Las Sociedades Científicas.
- Los Sindicatos.

Los Colegios deben centrarse en la autorregulación de la profesión para garantizar la integridad ética de sus miembros y el mantenimiento de los componentes nucleares comunes de su competencia, con objeto de ofrecer el mejor servicio a la población a la que se deben y de la que deben obtener el reconocimiento necesario para seguir manteniendo su legitimidad social. Sólo adicionalmente deben actuar en la defensa de los intereses de sus miembros cuando no estén representados por los sindicatos, que son quienes deben actuar prioritariamente en defensa de sus intereses laborales y económicos.

Su reto esencial es saber encontrar el equilibrio necesario entre los siguientes ámbitos de actuación:

- La representación institucional de la profesión.
- La defensa de sus miembros.
- La garantía de la calidad asistencial.
- La protección de la sociedad contra los abusos y malas prácticas de sus miembros.
- La recolección - relicencia profesional.
- La relación con el gobierno.

Por lo que se refiere a las Sociedades Científicas, tienen como objetivo principal la delimitación de los ámbitos jurisdiccionales propios y el fomento de las competencias específicas de sus miembros a través de la formación médica continuada y otras actividades enmarcadas en el desarrollo profesional continuo, debiendo promover, asimismo, una investigación de calidad.

Los retos fundamentales a los que deben enfrentarse son, básicamente, los tres siguientes:

- La recertificación de sus miembros y la preocupación por la excelencia.
- La autogestión y autorregulación de sus proyectos educativos.
- Las relaciones con la industria farmacéutica y otros espónsores de actividades formativas.

Por su parte, los Sindicatos deben centrarse en la defensa de los intereses laborales y económicos de sus miembros, teniendo como reto más importante el de ser capaces de ver claramente la conveniencia de no invadir ámbitos propios de las otras dos organizaciones mencionadas.

En conjunto, estas tres organizaciones profesionales deberían ser capaces de hacer oír una voz coordinada de la profesión, dejando campos de desarrollo específicos para cada una y estableciendo las alianzas pertinentes para potenciar sus capacidades.

Ejercer efectivamente la autorregulación

La autorregulación bien entendida, en el marco de la necesaria e inevitable regulación de la profesión por parte del estado (lo que algunos denominan “co-regulación o regulación compartida), constituye uno de los componentes esenciales del ideario profesional, hasta tal punto que sin ella difícilmente puede entenderse una profesión.

En la práctica, la autorregulación de la profesión médica se traduce en actuaciones diversas, de entre las cuales cabe destacar las siguientes.

- Regulación de la entrada

Si el requisito de la colegiación se mantiene como un equivalente de lo que en el mundo anglosajón se conoce como registro y licencia de ejercicio, no parece aventurado proponer que los Colegios pudieran, en el futuro, implantar algún tipo de requerimiento para la colegiación, independiente de la licenciatura y de la titulación de especialista, relacionado con el “core” competencial en el ámbito del profesionalismo en general (deontología, capacidad relacional, características del sistema sanitario, derechos y deberes del médico, legislación, modalidades de trabajo y empleo, capacidad de aprendizaje, formación continuada y desarrollo profesional continuo individual, etcétera).

Ni que decir tiene que una iniciativa de este tipo bajo ningún concepto debería surgir “de novo”, sino tras un proceso de reflexión y de discusión con los distintos agentes y un diseño adaptado a la realidad del país y de la profesión.

- Introducción de la revalidación

Actualmente resulta difícil mantener la tendencia ancestral de una titulación y una colegiación para toda la vida. Los cambios sociales han hecho que, en líneas generales, la sociedad sea reacia a aceptar trayectorias profesionales lineales e ilimitadas, no sujetas a revisión periódica. Y esto es particularmente pertinente en el caso de profesiones relacionadas con aspectos tan sustanciales de la vida de las personas, como la de médico.

Por ello, en línea con las tendencias que se vienen observando en muchos países desarrollados de todo el mundo, las organizaciones profesionales médicas de nuestro país deben dar el paso decisivo de introducir iniciativas factibles y prudentes de revalidación, que exijan a sus miembros unos requisitos razonables cada cierto período de tiempo para mantener su estatus profesional. Utilizando adecuadamente los instrumentos que proporciona la acreditación de la formación médica continuada y los componentes de los programas de desarrollo profesional continuo, se pueden implementar iniciativas de revalidación que sean bien aceptadas por los médicos y no comporten graves tensiones ni exclusiones, que serían difícilmente toleradas por la mayoría de la profesión.

De esta forma, contribuirán a hacer más creíble su voluntad de autorregulación y de servicio a la sociedad y, en consecuencia, se posicionarán adecuadamente para establecer el contrato social de que vamos a hablar más adelante. Por otro lado, las aprensiones que muchos demuestran hacia este tipo de iniciativas carecen de base a la vista de la buena aceptación de alguna de ellas, pionera en el país, y de las opiniones expresadas por muchos médicos en congresos y publicaciones recientes.

A efectos clarificadores, podemos decir que el término genérico de revalidación equivale a cualquier tipo de requisito exigible periódicamente al médico para mantener determinado estatus profesional. Tomando los conceptos que se suelen utilizar en el mundo anglosajón y adaptándolos a nuestro país, cuando se trata de un requisito para mantener la colegiación-licencia de ejercicio, podemos hablar de recolección-relicencia. Cuando, por el contrario, se trata de mantener el estatus de la especialidad, podemos hablar de recertificación. Bien se ve que aquella sería una competencia propia de los Colegios de Médicos, mientras que esta última sería más propia de las Sociedades Científicas.

Profundizar en esta vía es una necesidad imperiosa, de lo contrario las tentaciones del gobierno (y, muy especialmente, de los gobiernos autonómicos) serán tan fuertes que no es de extrañar que, más bien pronto que tarde, la revalidación (o como quiera que se denomine) será introducida por aquél (aquéllos), invadiendo, una vez más, un campo genuino de autorregulación, del que la profesión habrá voluntariamente abdicado.

- Aplicación del Código Deontológico y del régimen sancionador

Los Colegios de Médicos deben ejercer decididamente sus competencias reguladoras en el caso de los miembros con conductas desviadas, bien sea por incompetencia o por incumplimiento de sus obligaciones éticas.

Deben esforzarse, por un lado, en adaptar sus códigos deontológicos y reglamentos a la nueva situación y, por otro, en diferenciar las faltas deontológicas de sus miembros de las actuaciones derivadas de déficits competenciales. En el primer caso deben aplicar el Código Deontológico y en el segundo proceder a la puesta en práctica de programas específicos de reciclaje. Ni que decir tiene que, tanto en un caso como en otro, el médico merecedor de una sanción máxima debe ser inhabilitado o separado de la profesión.

- Gestión adecuada de los errores médicos

En relación con el punto anterior, la profesión debe modificar su tradicional actitud ante el tema de los errores médicos y enfocarlo con amplitud de miras y visión de futuro. Ha de aceptar, en primer lugar, que el problema es real, como han demostrado informes recientes y, por otra parte, que equivocarse es humano, por lo que debe poner manos a la obra para encontrar soluciones en colaboración con otros agentes sociales.

Las actuaciones deben orientarse en tres direcciones:

- Prevención, a través de programas de formación médica continuada adecuados y del desarrollo profesional continuo y la implantación de iniciativas de revalidación.
- Corrección, mediante programas individuales de reciclaje para subsanar las deficiencias detectadas.
- Compensación o reparación de los daños ocasionados a los pacientes.

A buen seguro que un planteamiento de este tipo ha de gozar de la aceptación de los distintos agentes sociales, abiertos a la solución de los avatares propios de la sociedad del riesgo en la que vivimos.

- Compromiso con la formación médica continuada y el desarrollo profesional continuo

Es preciso señalar la importancia de que el médico y, muy especialmente, sus organizaciones profesionales vean clara su responsabilidad en la provisión de programas de formación continuada pertinentes y cualificados para sus miembros y en la necesidad de garantizar la calidad de la oferta formativa, a través de los sistemas de acreditación.

Por lo que se refiere a la provisión, las organizaciones profesionales deben entender que sus relaciones con los eventuales espónsos comerciales y los agentes promotores no profesionales deben ser absolutamente transparentes, acogidos a las regulaciones existentes o promulgables en el futuro sobre el conflicto de intereses. Como ya lo ha hecho la industria farmacéutica, a través de Farmaindustria y, recientemente, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, es altamente recomendable que las organizaciones profesionales promuevan códigos reguladores de una relación que, en la actualidad, es vista por algunos como necesitada de mayor nitidez y responsabilidad bilateral. Con ello, la profesión en conjunto no otra cosa que beneficios puede obtener, en términos de imagen derivada del rigor en su autorregulación.

En cuanto a la acreditación, la creación del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC), en 2003, ha constituido una iniciativa de la mayor importancia para la profesión, dado que en dicho sistema están representados, al más alto nivel, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME), la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, las cuatro instituciones que, hoy por hoy, son referentes incuestionables del mundo profesional médico en nuestro país. Un reto del sistema para el inmediato futuro es la posibilidad de introducir la acreditación institucional, una vez el organismo regulador ministerial contemple este tipo de acreditación de forma explícita.

Ensanchando los horizontes de la formación continuada, semejantes consideraciones pueden hacerse para el caso del desarrollo profesional continuo, que las organizaciones profesionales deben ver como un ámbito competencial propio, del que no debieran abdicar en ningún caso.

Establecer un nuevo contrato social

Hoy por hoy es absolutamente irrealista pensar que el papel del médico en la sociedad es una cuestión que afecta exclusivamente a los médicos y a sus pacientes, como antaño.

Aún en los sistemas políticos democráticos más liberales, el estado se ha convertido en un agente principal del mundo sanitario, con el beneplácito de la sociedad entera, desde que la salud se configurara como un derecho fundamental de los ciudadanos.

Por ello, la profesión debe partir de esta realidad y aceptar que si, por un lado, su propio carácter de profesión depende en gran manera del reconocimiento estatal en cada momento, por otro, debe negociar con el gobierno todo lo concerniente a la regulación de la profesión y al papel del médico en el sistema sanitario. Mucho más si, como ocurre en España, el propio gobierno (los gobiernos autonómicos) se convierte en el empleador más importante de los médicos, vía sistemas públicos de salud.

Existe un acuerdo unánime en que una profesión médica desmotivada y no comprometida es incompatible con un sistema sanitario eficiente. Por ello, los cambios sustanciales que se han de llevar a cabo han de contar con su colaboración y se deben negociar. Por otro lado, la sociedad y el gobierno han de aceptar unos ciertos privilegios, siempre consensuados y con el compromiso de la profesión de preservar su integridad y su ideal de servicio como norte de su existencia.

Las bases de este contrato social no explícito estriban en la definición de los derechos y los deberes de los ciudadanos, el compromiso de la profesión de autorregularse y rendir cuentas a la sociedad y la obligación del gobierno de poner los recursos necesarios. Todos los actores deben tener presente que las políticas relacionadas con los profesionales, los verdaderos motores de todo sistema sanitario, no pueden ser una cuestión meramente técnica y todos ellos deben comprometerse a garantizar una cobertura suficiente (número de efectivos y distribución), la motivación necesaria (soporte e incentivos) y un nivel de competencia adecuado (desarrollo profesional continuo).

Para nuestros propósitos, desde la perspectiva de la profesión médica, los elementos fundamentales del nuevo contrato social se pueden compendiar en las iniciativas que se describen a continuación.

- Liderar el movimiento en pro de la calidad y la seguridad

Los médicos y sus organizaciones profesionales deben liderar el movimiento a favor de la garantía de la calidad asistencial, que ha de redundar en beneficio del paciente y de la sociedad entera.

Aceptando la realidad de los errores, de que hablamos antes; de lagunas asistenciales; y de variaciones no suficientemente justificadas en la práctica, el mundo profesional debe saber posicionarse activamente como líder indiscutible de la garantía de la calidad asistencial, como componente fundamental del ideario profesional, y no dejarlo en manos de otros agentes, como los empleadores o la administración sanitaria que, con frecuencia, lo contaminan con intereses sectoriales o políticos.

En este mismo punto, la profesión ha de hacer una apuesta decidida para reducir las variaciones de la práctica médica que no obedezcan a situaciones objetivas y científicamente coherentes, debiendo saber encontrar el punto de equilibrio razonable entre los intereses de otros agentes sociales, la necesidad de la investigación innovadora y el compromiso con los pacientes y la población.

Finalmente, el médico debe convertir en el norte de su actuación velar por la seguridad del paciente. En este sentido, la profesión en conjunto y el médico en particular deben actuar en dos direcciones:

- Exigir las condiciones que permitan asegurar una prestación asistencial con los mínimos riesgos, en beneficio de la seguridad del paciente.
 - Limitar las actuaciones diagnóstico-terapéuticas a las estrictamente necesarias para el paciente, evitando al máximo la iatrogenia derivada.
- Abrirse a la colaboración con las asociaciones de pacientes

En este nuevo paradigma, en el que la profesión debe ser capaz de ejercer nuevas formas de liderazgo, ha de establecer alianzas con los usuarios organizados, a los que debe ver como aliados con los que llevar a cabo acciones conjuntas en pro de la mejora de la calidad y de la reivindicación de las condiciones que la hagan posible.

La profesión debe posicionarse enfrente del que se ha denominado “sanitarismo coercitivo”, reafirmando una medicina humana, centrada en el paciente, la confianza del cual deviene fundamental para asegurar el liderazgo necesario que la profesión debe ejercer. Y, asimismo, debe tratar de superar la práctica de la “medicina defensiva”, en beneficio del paciente, que debe convertirse en su aliado para este propósito. Aquella confianza y liderazgo estarán tanto más asegurados cuanto más capaz sea la profesión de introducir las nuevas modalidades de actuación en beneficio del paciente (“advocacy”), que los sistemas sanitarios actuales requieren.

Actualmente, en España, el movimiento de pacientes se halla en pleno despegue y es altamente recomendable que las organizaciones profesionales, muy especialmente los Colegios, acierten a ver con claridad la necesidad de establecer las alianzas adecuadas, con el objetivo de trabajar conjuntamente en pro de la mejora del sistema de salud, en general, y de la asistencia sanitaria, en particular.

- Reformular las relaciones con el gobierno

Con independencia del papel de los otros poderes estatales, es al gobierno a quién corresponde el papel de regulador por antonomasia de la vida social y, por lo que aquí nos interesa, de la profesión médica.

En función de lo que se ha visto a lo largo de este informe, es asimismo del gobierno de quién depende en mayor medida el mantenimiento del estatus de profesión, en base al reconocimiento del alto interés social de la labor profesional del médico.

Ambas razones son suficientemente poderosas para entender claramente la necesidad de que la profesión adopte una posición especialmente sensible frente al gobierno, que no sea de enfrentamiento permanente pero tampoco de sumisión incondicional.

Si quiere seguir gozando de la confianza que subyace en el contrato social del que venimos hablando, la profesión, a través de sus organizaciones, básicamente los Colegios, ha de saber encontrar el punto de equilibrio que surja de su actitud proactiva y generadora de iniciativas de colaboración y, a la vez, de su actitud crítica cuando la ocasión lo requiera, en beneficio de los pacientes y de la sociedad entera.

En otro orden de cosas, dado el carácter de empleador máximo de los médicos que el gobierno (los gobiernos autonómicos), a través de su administración sanitaria (las administraciones autonómicas), tiene en nuestro país, la profesión ha de ser capaz de diferenciar el papel bifronte que áquel desempeña. Lo cual adquiere una trascendencia mucho mayor cuando, como se ve a diario, es el propio gobierno (los gobiernos autonómicos) quién no dilucida con nitidez ambos papeles, originando una confusión de consecuencias perniciosas para la profesión.

La situación actual, aún contando con las amplias áreas de confusión y solapamiento que acabamos de enunciar, presenta algunos trazos esperanzadores que la profesión debería saber aprovechar. En efecto, en los últimos años se han promulgado sendos textos legislativos que pueden contribuir a clarificar el panorama y ofrecen posibilidades de desarrollo, abiertas a planteamientos relativamente favorables para la profesión.

Por un lado, el papel de empleador del gobierno (gobiernos autonómicos) queda reflejado en la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que se ocupa de los aspectos laborales y de carrera profesional del mencionado personal sanitario en general y médico en particular.

Por otro, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias aborda los aspectos mas genuinamente profesionales del personal sanitario en general, y de los médicos en particular, y deja abiertas varias puertas al desarrollo de normativas posteriores relacionadas con muchos de los aspectos que se vienen considerando en este informe, como retos que la profesión debe afrontar en el futuro inmediato.

En este contexto, las organizaciones profesionales, fundamentalmente los Colegios, deben abordar conjuntamente con el gobierno el esquema futuro de regulación de la profesión a partir de las normativas existentes. Para ello, deben contemplar los modelos que en el mundo existen y que, esquematicamente, se reducen a tres:

- El modelo de los países con sistema político centralizado y estatalizado, en el que el gobierno se erige en planificador y controlador absoluto de la sociedad. Tras la debacle del modelo comunista de la URSS y sus países satélites, este modelo se halla en franca decadencia en el mundo occidental y la mayoría de los países de la Europa del Este van evolucionando hacia modelos mas abiertos.
- El modelo de los países de fuerte tradición liberal, en el que el gobierno se limita a intervenir en la regulación de los ámbitos básicos comunes para garantizar el libre juego democrático de las instituciones públicas y privadas. Es el caso paradigmático de los EEUU de Norteamérica, en donde la profesión goza de amplios márgenes de autorregulación y el papel del gobierno (federal y estatales) es poco menos que residual.
- El modelo de la mayoría de países europeos, en los que pueden observarse dos tendencias diferenciadas: por un lado Gran Bretaña, con un sistema de autorregulación muy desarrollado y la existencia de una institución intermedia (el General Medical Council), de carácter mixto y con amplia participación ciudadana y, por otro, los modelos de la gran mayoría de países europeos occidentales continentales, en los que los márgenes de autorregulación son variables y la presencia del gobierno suele ser prominente.

Frente a este panorama, es absolutamente necesario que la profesión sepa encontrar la forma de hacer oír su voz con intensidad, aprovechando al máximo la potenciación de los respectivos papeles de los tres tipos de organizaciones profesionales que antes se enunciaron (Colegios de Médicos, Sociedades Científicas y Sindicatos). Para lo cual, debe arbitrarse algún foro de encuentro, que permita superar la situación actual y posibilite el diseño de planes de actuación conjuntos, orientados al mantenimiento y mejora del estatus profesional.

- Establecer alianzas estratégicas con los demás agentes sociales

En la nueva situación, en la que son muy elevados los grados de interdependencia y han emergido con fuerza otros agentes sociales que están activamente involucrados en el sistema sanitario, es indispensable que las organizaciones profesionales, en vez de actuar reactivamente contra ellos, sean capaces de establecer alianzas estratégicas.

Además de con las asociaciones de pacientes-usuarios y con el gobierno, que acabamos de ver, las organizaciones profesionales han de establecer alianzas con:

- Las instituciones empleadoras, en las que trabajan una gran parte de los médicos.
- Las compañías aseguradoras.
- La industria farmacéutica y de equipamiento médico-sanitario.
- El resto de profesiones sanitarias.

Y en no menor grado, han de ser capaces de dialogar con los partidos y otras asociaciones políticas, con objeto de trabajar en común en pro de la defensa de la calidad de la prestación que recibe el ciudadano.

VI. REFERENCIAS

- A WORKING GROUP REPORT OF THE AAMC GOVERNANCE. Medical education costs and students debt. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2005
- ALLEN I. Doctors and their careers. A new generation. London: Policy Studies Institute; 1994
- ALLSOP J, MULCAHY L. Regulating medical work: Formal and informal controls. Buckingham: Open University Press; 1996
- ÁLVAREZ MR, RUIZ A. La imagen del sistema sanitario español (1995-2004). Madrid: CIS; 2006
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Physician Consortium for Performance Improvement. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2946.html> (accedido el 16 de marzo de 2006)
- ANDERSON RE. Billions of defense. The pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med.* 1999; 159: 2399-402
- ANGELL M. The doctor as double agent. *Kennedy Inst Med Ethics.* 1993; 3: 279-86
- ANNISON MH, WILFORD DS. Trust matters – New directions in health care leadership. San Francisco: Joosey-Bass Pub; 1998
- ANÓNIMO. El sistema sanitario español: Alternativas para su reforma. Madrid: NERA; 1997
- ANÓNIMO. Declaración de la Comisión Deontológica de la OMC sobre las fronteras internas del ejercicio profesional. DM Documentos. 11-II-1998. p. I-IV
- ANÓNIMO. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 1999; 5 (Sup 1): 1-124
- ANÓNIMO. La motivación del médico: motor del sistema sanitario. Barcelona: Fundación Farmacia; 2002
- ANÓNIMO. La gestión de los errores médicos. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2002
- ANÓNIMO. Barómetro Europeo. *Diario Médico.* 7-VII-2004. p. 9
- ANÓNIMO. La profesión médica en España. Madrid: Organización Médica Colegial; 2005
- ANONYMUS. Physicians for the twenty-first century. The GPEP Report. Washington DC. AAMC; 1984
- ANONYMUS. Core values for the medical profession in the 21st century. Report of Conference held in London (3-4 November 1994)
- ANONYMUS. Continuing professional development for doctors and dentists. London: SCOPME; 1994
- ANONYMUS. Defensive medicine and medical malpractice. Washington DC: Office of Technology Assessment, US Congress; 1994
- ANONYMUS. 21st Century skills for the 21st century jobs. A Report of the US Department of Commerce, US Department of Education, US Department of Labor, National Institute for Literacy and Small Business Administration. Washington DC: US Government Printing Office; 1999
- ANONYMUS. Harvard Business Review on Managing your Career. Boston: Harvard Business School Press; 2002
- ANONYMUS. Regulating the professions. Taking care of their own. Why is so difficult to regulate lawyers and doctors?. *The Economist.* December 18th, 2004. p. 62-63
- ANONYMUS. Patient empowerment. Continuing Medical Education/Continuing Professional Development. Implications for the medical profession. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004
- ANONYMUS. Labour and the healthservice. *The Economist.* April 29th, 2006. p. 40-2
- ARMSTRONG D. Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behavior. *Soc Sci Med.* 2002; 55: 1771-7
- ARNOLD L. Assessing professionalism behavior: Yesterday, today and tomorrow. *Acad Med.* 2002; 77: 502-15
- ARTELLS JJ, RUIZ J, HERNANZ C, eds. La política sanitaria: propuestas del sector privado. Madrid: Fundación SANITAS/SmithKline Beecham; 1997
- AUDET AM, DOTY MM, SHAMASDIN J, SCHOENBAUM SC. Measure, learn, and improve: physicians' involvement in quality improvement. *Health Aff.* 2005; 24: 843-53
- BAKER R. Crisis, ethics and the American Medical Association.: 1847 and 1997. *JAMA.* 1997; 278: 163-4
- BARRY D, CYRAN E, ANDERSON RJ. Common issues in medical professionalism: Room to grow. *Am J Med.* 2000; 108: 136-42
- BENGOA R, director. Sanidad. La reforma posible. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España, SA; 1997
- BERWICK DM. Medical associations: guilds or leaders?. Either play the role of victims or actively work to improve healthcare systems. *BMJ.* 1997; 314: 1564-5
- BERWICK DM, ENTHOVEN A, BUNKER JP. Quality management in the NHS: the doctor's role. *BMJ.* 1992; 304: 235-9(I), 304-8(II).
- BJÖRKMAN JW. Professionalism in the welfare state: sociological saviour or political pariah?. *Eur J Polit Res.* 1982; 10: 407-28
- BLANK L, KIMBALL H, McDONALD W, MERINO J, for the ABIM Foundation, ACP Foundation and the European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millenium: A physician charter 15 months later. *Ann Intern Med.* 2003; 138: 839-41

- BLAY C. Algunas consideraciones en torno a la recertificación profesional. FMC. 1997; 4: 7-9
- BLECK J. Los inventores de enfermedades. 2ª edición. Barcelona: Ediciones Destino; 2005
- BLENDON RJ, JOVELL AJ, DESROCHES CM, NAVARRO MD, FLEISCHFRESSER C, FERNÁNDEZ L, BENSON JM, WELDON K. Confianza en el Sistema Nacional de Salud. Resultados del estudio español. http://www.fbjoseplaporteg.org/docs/trust_spanish_hcs.pdf (accedido el 25 de abril de 2006)
- BLOCHE MG. Clinical loyalties and the social purposes of medicine. JAMA. 1999; 281: 268-74
- BLOCHE MG. The Supreme Court and the purposes of Medicine. NEJM. 2006; 354: 993-5
- BLUMENTHAL D. The vital role of professionalism in health care reform. Health Affairs. 1994; 13: 252-6
- BLUMENTHAL D. New steam from an old cauldron - The physician-supply debate. NEJM. 2004; 350: 1780-7
- BORRELL F, EPSTEIN RM, PARDELL H. Profesionalidad y "Professionalism": Fundamentos, contenido, praxis y docencia. Med Clin (Barc). 2006; 127: 337-42
- BRENNAN TA. Charter on Medical Professionalism: Putting the Charter into practice. Ann Intern Med. 2003; 138: 851-5
- BRENNAN TA, HOROWITZ RI, DUFFY FD, CASSEL CK, GOODE LD, LIPNER RS. The role of physician speciality board certification status in the quality movement. JAMA. 2004; 292: 1038-43
- BRINT S. In an age of experts. The changing role of professionals in politics and public life. Princeton: Princeton University Press; 1994
- BROADBENT J, DIETRICH M, ROBERTS J, eds. The end of the professions?. Restructuring of professional work. London: Routledge; 1997
- BROCKETT M, BAUER M. Continuing professional education: Responsibilities and possibilities. JCEHP. 1998; 18: 235-43
- BRUHN JG, LEVINE HG, LEVINE PL. Managing boundaries in the health professions. Springfield: EC Thomas; 1993
- BUCHANAN AE, BROCK DW. Deciding for others . The ethics of surrogate decision making. Cambridge: Cambridge University Press; 1990
- BUCKLEY G. Revalidation is the answer. BMJ. 1999; 319: 1145-6
- BUNKER J. Can professionalism survive in the market era?. BMJ. 1994; 308: 1179-80
- CAIN F. Maintenance of licensure and the medical profession. J Med Licensure & Discipline. 2003; 89: 23-34
- CALMAN K. The profession of medicine. BMJ. 1994; 309: 1140-3
- CASSEL CK, HOLMBOE ES. Credentialing and public accountability. JAMA. 2006; 295: 939-40
- CHARLTON BG. Medicine and postmodernity. J Roy Soc Med. 1993; 86: 497-9
- CHEN L, EVANS T, ANAND S, BOUFFORD JI, BROWN H, CHOWDHURY M, CÍRCULO DE EMPRESARIOS. Un sistema sanitario sostenible. http://www.circulodeempresarios.org/index.php/circulo/biblioteca/publicaciones/un_sistema_sanitario_sostenible (accedido el 6 de abril de 2006)
- CMA POLICY INDEX. The future of Medicine. CMAJ. 2000; 19: 757-8
- COHEN JJ. Our compact with tomorrow's doctor. Acad Med. 2002; 77: 475-80
- COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA DEL CGCOM. Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias. http://www.cgcom.es/deonto/pdf/06_05_12_relación_industria.pdf (accedido el 12 de junio de 2006)
- CONSUMERS ASSOCIATION. Leave it to the professionals ?. London: Consumers Association; 1998
- COOK D, VALTIN H, eds. Great issues for medicine in the twenty-first century. Ann New York Acad Sci. 1999; 882: 1-277
- COTS JM, ed. Guía de formación médica y competencia profesional en Atención Primaria. Barcelona: SemFYC; 2002
- COULTER A. Patients' views of the good doctor. Doctors have to earn patients' trust. BMJ. 2002; 325: 668-9
- COULTER A, MAGEE H, eds. The European patient of the future. Maidenhead: Open University Press; 2003
- COUNCIL REPORT. Disputes between medical supervisors and trainees. JAMA. 1994; 272: 1861-5
- CRUESS RL, CRUESS SR. Professionalism and accreditation - one must accompany the other. Education for Health. 1997; 10: 147-52
- CRUESS RL, CRUESS SR, JOHNSTON SE. Renewing professionalism: An opportunity for medicine. Acad Med. 1999; 74: 878-84
- CRUESS SR, CRUESS RL. Professionalism: a contract between medicine and society. CMAJ. 2000; 162: 668-9
- CRUESS RL, CRUESS SR, JOHNSTON SE. Professionalism and Medicine's social contract. J Bone Joint Surg. 2000; 82-A: 1189-94
- CRUESS SR, CRUESS RL. Contemporary characteristics of the medical profession and the obligations required to sustain professionalism. In: Professionalism and the modern consultant: central consultants and specialist committee consultation document nº 1. London: British Medical Association; 2003
- DANIS M, CLANCY C, CHURCHILL LR, eds. Ethical dimensions of health policy. New York: Oxford University Press; 2002
- DAVIS D, BARNES BE, FOX R, eds. The continuing professional development of physicians. From research to practice. Chicago: AMA Press; 2003
- DAVIS M, STARK A, eds. Conflict of interest in the professions. New York: Oxford University Press; 2001
- DE LOS REYES M, PÉREZ JM, GARCÍA P, BORRELL F, GRACIA D, para el proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación Ciencias de la Salud. Relaciones entre profesionales sanitarios. Med Clin (Barc). 2002; 118: 337-8
- DEL LLANO J, POLANCO C, GARCIA S. ¿Todo para todos gratis ?. El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ergon; 2004
- DEL LLANO, J, HIDALGO A, PÉREZ S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?. Madrid: Ergon; 2006
- DERBSHIRE RC. Relicensure for continued practice. J Med Licensure & Discipline. 2003; 89: 16-22
- DEROSE SF, PETITTI DB. Measuring quality of care and performance from a population health care perspective. Ann Rev Public Health. 2003; 24:363-84
- DRACHE D, SULLIVAN T, eds. Health reform. Public success, private failure. London: Routledge; 1999
- DUBOIS C-A, MCKEE M, NOLTE E, eds. Human resources for health in Europe. <http://www.openup.co.uk> (accedido el 6 de marzo de 2006)
- EDITORIAL. Colegios sin corazón. Siete Días Médicos. Nº 663, 3-III-2006, p. 5

- ELLIS P. Have changes in the context of doctors work altered the concept of profession?. *Med Teacher*. 2004; 26: 529-33
- EMANUEL EJ, DUBLER NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA*. 1995; 273: 323-9
- EMANUEL EJ, EMANUEL LL. What is accountability in health care?. *Ann Intern Med*. 1996; 124: 229-39
- EMANUEL LL. Professional response to demands for accountability: practical recommendations regarding ethical aspects of medical care. *Ann Intern Med*. 1996; 124: 240-9
- EPSTEIN RM, HUNDERT EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002; 287: 226-35
- FOXWOOD H, ed. Risk and trust in the NHS. London: The Smith Institute; 2002
- FRANKFORD DM, KONRAD TR. Responsive medical professionalism. Integrating education, practice, and community in a market-driven era. *Acad Med*. 1998; 73: 138-44
- FREDDI G, BJÖRKMAN JM, eds. Controlling medical professions: The comparative politics of health governance. London: Sage; 1989
- FREIDSON E. Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead & Company; 1970
- FREIDSON E. Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago: Chicasso University Press; 1988
- FREIDSON E. Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy. Chicago: The University of Chicago Press; 1994
- FREIDSON E. Professionalism. The third logic. Cambridge: Polity Press; 2001
- FUNDACIÓN FERNANDO ABRIL MARTORELL y FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD. Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2006
- GALVEZ J. La organización de las profesiones tituladas. Madrid: Consejo de Estado/Boletín Oficial del Estado; 2002
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. Good medical practice. 3rd. edition. London: GMC; 2001
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. Tomorrow's doctors. 2nd. edition. London: GMC; 2002
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. A license to practice and revalidation. London: GMC; 2003
- GENERAL MEDICAL SERVICES COMMITTEE. Core services: Taking the initiative. London: BMA; 1996
- GERVÁS J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *El Médico*. 1-04-05: 11-12 (Resumen de la ponencia presentada al 1º debate del Ciclo de Política Socio-Sanitaria de la OMC)
- GINSBURG SR, REGHER G, HATALA R et al. The anatomy of the professional lapse: bridging the gap between traditional frameworks and students' perceptions. *Acad Med*. 2002; 77: 516-22
- GRABHAM T. Divided we fall (yet again). The medical profession's need to speak with one voice. *BMJ*. 1994; 309: 1100-1
- GRANT J, STANTON F. The effectiveness of continuing professional development. A report for the Chief Medical Officer's Review of Continuing Professional Development in practice. London: Joint Centre for Education in Medicine; 2008 (revised edition)
- GREENBERG HM, RAYMOND SU, eds. Beyond the crisis: Preserving the capacity for excellence in health care and medical sciences. *Ann NY Acad Sci*. 1994; 729 (suppl): 1-199
- GREENHAUS JH, CALANAN GA, GODSHALH VM. Career management. Third edition. Orlando: The Dryden Press - Harcourt College Publishers; 2000
- GRUEN RL, PEARSON SD, BRENNAN TA. Physician-citizens. Public roles and professional obligations. *JAMA*. 2004; 291: 94-8
- GUAL A, PALÉS J, PARDELL H, ORIOL-BOSCH A. Doctors in Spain. *The Clinical Teacher*. 2005; 2: 59-63
- GUY ME. Professionals in organizations. Debunking a myth. New York: Praeger; 1985
- HAFFERTY FW, MCKINLAY JB, eds. The changing medical profession. An international perspective. New York: Oxford University Press; 1993
- HAFFERTY FW, LIGHT DW. Professional dynamics and the changing nature of medical work. *J Health Soc Behav*. 1995; extra issue: 132-153
- HAM C, ALBERTI KGMM. The medical profession, the public, and the government. *BMJ*. 2002; 324: 838-42
- HARRISON S, POLLITT C. Controlling health professionals. The future of work and organization in the NHS. Buckingham: Open University Press; 1994
- HART JT. A new kind of doctor. London: Merlin Press; 1988
- HATEM CJ. Teaching approaches that reflect and promote professionalism. *Acad Med*. 2003; 78: 709-13
- HEALY N, MATTISON N, eds. Partners in the health care journey: Moving towards patient-centred care. Proceedings of an International Conference. Paris. 5-7 March, 1997
- HERZLINGER RE, ed. Consumer-driven health care. Implications for providers, payers and policymakers. San Francisco: Jossey-Bass; 2004
- HILLMAN AL. Managing the physicians: Rules versus incentives. *Health Aff*. 1991; 10: 138-46
- HOROWITZ SD, MILLER SH, MILES PV. Board certification and physicians quality. *Med Educ*. 2004; 38: 10-1
- HORTON R. Medicine: the prosperity of virtue. *Lancet*. 2005; 366: 1985-6
- HURWITZ B, VASS A. What's a good doctor; and how can you make one?. *BMJ*. 2002; 325: 667-8
- ILLICH I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral editores; 1975
- INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm. A new health system for the 1st century. Washington DC: The National Academy Press; 2001
- INSTITUTE OF MEDICINE. Improving medical education. Enhancing behavioral and social science content of medical school curricula. Washington DC: The National Academy Press; 2004
- IRVINE D. The performance of doctors. I. Professionalism and self-regulation in a changing world. *BMJ*. 1997; 314: 1540-2
- IRVINE D. Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework. *Lancet*. 2001; 358: 1807-10
- IRVINE D. The Doctor's tale: Professionalism and public trust. Abington: Radcliffe Medical Press; 2003
- IRVINE D. Medical professionalism: Decision time. Duncan Memorial Lecture. <http://www.kingsfund.org.uk/pdf/duncanmemorial.pdf> (accedido el 15 de febrero de 2006)
- IRVINE D. Professionalism: dead or alive?. *Lancet*. 2004; 364: 1479-80
- JOHNSON JN. Making self-regulation credible. Through benchmarking, peer review, appraisal and management. *BMJ*. 1998; 316: 1847-8
- JOHNSON T, LARKIN G, SAKS M, eds. Health professions and the state in Europe. London: Routledge; 1995
- JOINT LEARNING INITIATIVE. Human resources for health. Overcoming the crisis. Boston: Harvard University Press; 2004

- JOVELL AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. <http://www.fbjoseplaporte.org> (accedido el 5 de febrero de 2002)
- JOVELL AJ. El contrato social entre colegios profesionales y asociaciones de pacientes. *El Médico*. 9-XII-2005. p.9-11
- JOVELL AJ. Un año del Foro Español de Pacientes. *Medical Economics* (edición española). 10-III-2006. p 39
- JOVELL AJ. ¿Existiría la medicina sin los médicos "especiales"?. *Atenc Primaria*. 2006; 37: 309-10
- KEIGHLEY B, MURRAY S. Guide to postgraduate medical education. London: BMJ Publishing Group; 1996
- KHON LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS, eds. To err is human. Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 1999
- KIRK LM, BLANK LL. Professional behavior – A learner's permit for licensure. *NEJM*. 2005; 353: 2709-11
- KIZER KW. Establishing health care standards in an era of consumerism. *JAMA*. 2001; 286:1213-7
- KLEIN R. Competence, professional self regulation, and the public interest. *BMJ*. 1998; 316: 1740-2
- KLETKE PR, EMMONS DW, GILLIS KD. Current trends in physician practice arrangements, from owners to employees. *JAMA*. 1996; 276: 555-60
- KUMAR K. From post-industrial to post-modern society. New theories of the contemporary world. Oxford: Blackwell Publishers Ltd; 1999
- LANIER DC, ROLAND M, BURSTIN H, KNETNERUS JA. Doctor performance and public accountability. *Lancet*. 2003; 362: 1404-8
- LEAPE LL, FROMSON JA. Problem doctors: Is there a system-level solution?. *Ann Intern Med*. 2006; 144: 107-15
- LEGNINI MW. Developing leaders vs. training administrators in health services. *Am J Pub Health*. 1994; 84: 1569-72
- LIGHT DW. Professionalism as a countervailing power. *J Health Politics Policy Law*. 1991; 16: 499-506
- LOEWY EH. Guidelines, managed care and ethics. *Arch Intern Med*. 1996; 156: 2038-40
- LORENZO S, directora. Seguridad Clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2003
- LUGON M, SECKER-WALKER J, eds. Advancing clinical governance. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd; 2001
- LYNCH DC, SURDKY PM, EISER AR. Assessing professionalism: a review of the literature. *Med Teacher*. 2004; 26: 366-73
- MAISTER DH. True professionalism. The courage to care about your people, your clients, and your career. New York: Touchstone; 2000
- MANNION R, DAVIES HTO. Taking stock of social capital in the production of health care. *J Health Serv Res Policy*. 2005; 10: 129-30
- MARINKER M, ed. Sense and sensibility in health care. London: BMJ Publishing Group; 1996
- MARTIN ZURRO A. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Atenc Primaria*. 1996; 17: 162-8
- MARTIN ZURRO A. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria*. 2002; 30: 46-56
- MARTIN ZURRO A. Sobre la calidad percibida de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36: 358-66
- MARTIN ZURRO A, SEGURA A. El cambio vendrá de la mano de los ciudadanos y los profesionales. *Diario Médico*. 18-IV-06. p 8
- McARTHUR JH, MOORE FD. The two cultures and the health care revolution. Commerce and professionalism in medical care. *JAMA*. 1997; 277: 985-9
- McKEOWN T. The role of medicine. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1976
- McKNIGHT J. The careless society. Community and its counterfeits. New York: Basic Books; 1995
- MEDICAL PROFESSIONALISM PROJECT. Medical professionalism in the new millenium: a physicians' charter. *Ann Intern Med*. 2002; 136: 243-6 (Versión española en: *Med Clin (Barc)*. 2002; 118: 704-6)
- MILLÁN J. Las sociedades científicas en el escenario de la formación médica continuada. *Clin Invest Arterioescl*. 2000; 12: 263-6
- MONTGOMERY K. How doctors think: Clinical judgement and the practice of Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2005
- MOORE G, REY D, ROLLINS J. La sanidad en el tercer milenio: cómo la revolución tecnológica esta cambiando el pulso de la sanidad. Madrid: Andersen Consulting; 1997
- MORAN M, WOOD B. States, regulation and the medical profession. Buckingham: Open University Press; 1993
- MORATH JM, TURNBULL JE. To do no harm. Ensuring patient safety in health care organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 2005
- MORRISON RE, ADAMS J, eds. Contemporary career developments issues. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1991
- NAHRWOLD DL. The competence movement: A report of the activities of the American Board of Medical Specialties. *Bull Am Col Surg*. 2000; 85: 14-8
- NEWBLE D, JOLLY B, WAKEFORD R, eds. The certification and recertification of doctors. Issues in the assessment of clinical competence. Cambridge: Cambridge University Press; 1994
- O'NEILL O. A question of trust. The BBC Reith Lecture 2002. Cambridge: Cambridge University Press; 2003
- ORIOI-BOSCH A. La responsabilidad de las autoridades sanitarias en la educación médica continuada: una opinión iconoclasta. *JANO*. 1998; LV (1271): 1174-5
- ORIOI-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
- ORIOI-BOSCH A. La sociedad civil en la era del conocimiento. *BCM Newsletter*. 2001; 17: 2-3
- ORIOI-BOSCH A. El desarrollo integrado de los profesionales y de los servicios del sistema sanitario. Barcelona; 2002 (inédito)
- ORIOI-BOSCH A. Redefiniendo la profesión. *Educación Médica*. 2004; 7: 1
- ORIOI-BOSCH A, PARDELL H, directores. La profesión médica. Los retos del milenio. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2005
- ORTÚN V. VPM en España: ¡Acción!. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005; 1: 57-8 (Para información sobre el tema de las variaciones en la práctica médica, ver otros números de la misma revista)
- PALÉS J, CARDELLACH F, ESTRACH MT, GOMAR C, GUAL A et al. Defining the learning outcomes of graduates from the medical school at the University of Barcelona (Spain). *Med Teacher*. 2004; 26: 239-43
- PARDELL H. Los colegios de médicos y la educación médica. *Educación Médica*. 1999; 2: 120-1
- PARDELL H. Los colegios de médicos y la acreditación de la formación médica continuada. *Educación Médica*. 2000; 3: 51-2

- PARDELL H. Profesionalismo, formación continuada y recertificación: una visión desde la perspectiva médica. *Gestión Evaluación Costes Sanitarios*. 2002; 3: 283-93
- PARDELL H, BRUGUERA M. ¿Formación médica continuada o desarrollo profesional del médico?. *Educación Médica*. 2002; 5: 90-5
- PARDELL H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy?. *Educación Médica*. 2003; 6: 63-80
- PARDELL H. Formación continuada, desarrollo profesional y recertificación de los médicos. *Educación Médica*. 2003; 6: 123-4
- PARDELL H, RAMOS A, ALIAGA J, CABERO L, CONTRE-RAS E, GUAL A et al. Utilización de los créditos de formación médica continuada para la recertificación- relicencia profesional. Descripción de la primera experiencia española de recertificación-relicencia colegial voluntaria. *Educación Médica*. 2003; 6: 127-33
- 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
- PARDELL H, director. *Industria farmacéutica y formación médica continuada*. Barcelona: Ediciones MAYO, SA; 2004
- PARDELL H. ¿Es oportuno introducir la recertificación de los médicos en España?. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 344-7
- PARDELL H, GOMAR C, GUAL A, BRUGUERA M. ¿Qué opinan los médicos sobre la formación continuada, la evaluación de la competencia y la recertificación ?. *Educación Médica*. 2005; 8: 91-8
- PARDELL H. La acreditación de la formación médica continuada y la mejora de la calidad. Situación en España y en el ámbito internacional. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20: 171-7
- PARDELL H, GÓMEZ ASOREY C. ¿De quién es responsabilidad la formación continuada de los médicos ?. *Atenc Primaria*. 2006; 37: 350-4
- PARDELL H. El papel del Estado, de la sociedad y de los profesionales frente al cambio. *Diario Médico*. 27-IV-06. p. 10
- PARDELL H. La esponsorización comercial de la formación médica continuada y el conflicto de intereses. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 222-6
- PARMLEY WW. What is our contract with society ?. *JACC*. 2001; 38: 1226-7
- PEARSON SD. Caring and cost: The challenge for physicians advocacy. *Ann Intern Med*. 2000; 133: 148-53
- PECK C, McCALL M, McLEAREN B, ROTEM T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*. 2000; 320: 432-5
- PEIPERL M, ARTHUR M, GOFFEE R, MORRIS T, eds. *Career frontiers. New conceptions of working lives*. Oxford: Oxford University Press; 2000
- PELLEGRINO ED, RELMAN AS. Professional associations. Ethical and practical guidelines. *JAMA*. 1999; 282: 984-6
- PENDLETON D, HASLER J, EDS. *Professional development in general practice*. Oxford: Oxford University Press; 1997
- PENDLETON D, KING J. Values and leadership. *BMJ*. 2002; 325: 1352-5
- PERKIN H. *The rise of professional society*. London: Routledge; 1989
- PERKIN H. *The third revolution. Professional elites in the modern world*. London: Routledge; 1996
- PIETRONI R. *The toolbox for portfolio development. A practical guide for the primary healthcare team*. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2001
- POMÉS X, ORIOL A, DE OLEZA R, ANIA O, AVILA A, BRANDA L, BRUGULAT P, GUAL A, CREUS M, MARTIN ZURRO A. The White Paper of health professionals in Catalonia. *Cahiers Sociologie Demographie Médicales*. 2003; 43: 341-51
- PRATHER SE, BARELA TD, LEE CA, HOWELL LF. *The new health partners. Renewing the leadership of physician practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1999
- PRUITT SD, EPPING-JORDAN JAE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ*. 2005; 330: 637-9
- REED RR, EVANS D. The deprofessionalization of Medicine. Causes, effects, and responses. *JAMA*. 1987; 258: 3279-82
- REISER SJ, BANNER RS. The Charter of Medical Professionalism and the limits of medical power. *Ann Intern Med*. 2003; 138: 844-6
- REPORT OF THE AD HOC COMMITTEE OF DEANS. *Educating doctors to provide high quality medical care. A vision for medical education in the United States*. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2004
- REVISTA ELECTRÓNICA DE PACIENTES. <http://www.webpacientes.org/fep> (accedido el 22 de marzo de 2006)
- REYNOLDS PP. Reaffirming professionalism through the education community. *Ann Intern Med*. 1994; 120: 609-14
- RODRÍGUEZ JA. It is a thin line between love and hate: The relationship between the Spanish medical profession and the state. 7th International Conference on Socio-Economics. Washington DC, April 7-9, 1995
- RODRÍGUEZ JA. Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educación Médica*. 2004; 7: 2-8
- ROSEN R, DEWAR S. *On being a doctor. Redefining medical professionalism for better patient care*. London: King's Fund; 2004
- ROSENTHAL MM. *The incompetent doctor. Behind closed doors*. Buckingham: Open University Press; 1995
- ROTHMAN DJ. Medical professionalism – Focusing on the real issues. *NEJM*. 2000; 342: 1284-6
- ROWE A, GARCIA-BARBERO M. *Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*. <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/docinsoc>. (accedido el 20 de enero de 2006)
- RUGHANI A. *The GP's guide to personal development plans*. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2000
- RUIZ L. *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004
- SALTER B. *The politics of change in the health service*. London: McMillan Press Ltd; 1998
- SALTER B. *Change in the governance of Medicine: the politics o self-regulation. Policy & Politics*. 1999; 27: 143-58
- SAN JOSÉ P. *Reformas sanitarias en Europa y la elección del usuario*. Madrid: Diaz de Santos; 1994
- SCUTCHFIELD FD, BENJAMIN R. The role of medical profession in physician discipline. *JAMA*. 1998; 279: 1915-6
- SHOTELL SM, CLARKE KWB. Physicians as double agents. Maintaining trust in an era of multiple accountabilities. *JAMA*. 1998; 280: 1102-8
- SIMÓ J. *Empowerment profesional en la atención primaria médica española*. *Atenc Primaria*. 2005; 35: 37-42
- SKRABANEK P. *The death of human medicine and the rise of coercitive healthism*. London: Social Affairs Unit; 1994

- SMITH LG. Medical professionalism and the generation gap. *Am J Med.* 2005; 118: 439-42
- SMITH J. Trust and demand. *BMJ.* 2006; 332: 808
- SOX HC. Medical professionalism in the new millenium: a physician's charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 243-6
- STACEY M. Regulating British medicine. The General Medical Council. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 1992
- STARK P, ROBERTS C, NEWBLE D, BAX N. Discovering professionalism through guided reflexion. *Medical Teacher.* 2006; 28: 25-31
- STERN DT, ed. Measuring medical professionalism. New York: Oxford University Press; 2006
- STOECKLE JD, RONAN LJ, EMANUEL L, EHRLICH C, HUGHES CC. Doctoring together. A physician's guide to manners, duties and communication in the shared care of patients. Boston: Massachusetts General Hospital - Primary Care Division; 2002
- SULLIVAN WM. Work and integrity: the crisis and promise of professionalism in America. 2nd. edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2005
- SULMASY DP. Physicians, cost control and ethics. *Ann Intern Med.* 1992; 116: 920-6
- SWICH HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med.* 2000; 75: 612-6
- TALLIS R. Hippocratic oaths. *Medicine and its discontents.* London: Atlantic Books; 2004
- TAYLOR D. Cambios en la sociedad y en el papel de la profesión médica: Una perspectiva sociológica. Ponencia a la Jornada Técnica "El futuro de la profesión médica: un reto para los profesionales". Fundación Salud, Innovación y Sociedad/Colegio Oficial de Médicos de Barcelona/Instituto de Estudios de la Salud. Barcelona. 25 de mayo de 2001
- THE OECD HEALTH PROJECT. Towards high-performing health systems. Paris: OECD; 2004
- THE PATIENT'S NETWORK. <http://www.ppbh.org> (accedido el 13 de abril de 2006)
- THE ROYAL SOCIETY FOR THE ENCOURAGEMENT OF ARTS, MANUFACTURES & COMMERCE. Professional values for the 21st century. http://www.thersa.org/projects/professional.values_values.asp (accedido el 5 de marzo de 2004)
- THOMPSON E. Understanding medical regulation. A guide to good practice. London: HLSP Consulting; 2005
- VAN DE CAMP K, VERNOOIJ-DASSEN MJFJ, GROL RRTM, BOTTEMA BJAM. How to conceptualize professionalism: a qualitative study. *Med Teacher.* 2004; 26: 69-702
- VAN ZWANENBERG T. Revalidation: the purpose needs to be clear. *BMJ.* 2004; 328: 684-6
- VARIOS AUTORES. Hacia un pacto de estado sanitario. El contrato social de los médicos. *Medical Economics* (ed. española). 29-4-2005. pp.18-43
- WANG Z, JAMISON D. International differences in the impact of doctors on health: A multilevel analysis of OECD countries. *J Health Econ.* 2005; 24: 531-60
- WANLESS D. Securing our future health: Taking a long-term view. Final report. <http://www.hm-treasury.gov.uk/wanless> (accedido el 20 de enero de 2004)
- WASS V. Ensuring medical students are "fit for purpose". *BMJ.* 2005; 331: 791-2
- WENTZ DK. Historia y situación actual del "Physicians Recognition Award" (PRA) de la American Medical Association. En: Pardell H, director. Formación médica continuada, a debate. Barcelona: Ediciones MAYO, SA; 2001. 91-96
- WHITCOMB ME. Fostering and evaluating professionalism in medical education. *Acad Med.* 2002; 77: 473-4
- WHITCOMB ME. Who will study Medicine in the future?. *Acad Med.* 2006; 81: 205-6
- WILLIS DP, ed. The changing character of the medical profession. *The Milbank Quarterly.* 1988; 66 (Suppl 2): 1-225
- WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION. Educación médica básica. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica.* 2004; 7 (Supl 2): S7-S25
- WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION. Educación médica de postgrado. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica.* 2004; 7 (Supl 2): S26-S38
- 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; 7 (Supl 2): S39-S52
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working together for health. The world health report 2006. Geneva: WHO; 2006
- WUTHNOW R, ed. Between states and markets: The voluntary sector in comparative perspective. Princeton: Princeton University Press; 1991
- WYNIA MK, LATHAM SR, KAO AC, EMANUEL LL. Medical professionalism in society. *NEJM.* 1999; 341: 1612-6
- ZOLA IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev.* 1972; 20: 487-504

