

# PROFESIONALISMO EN SALUD

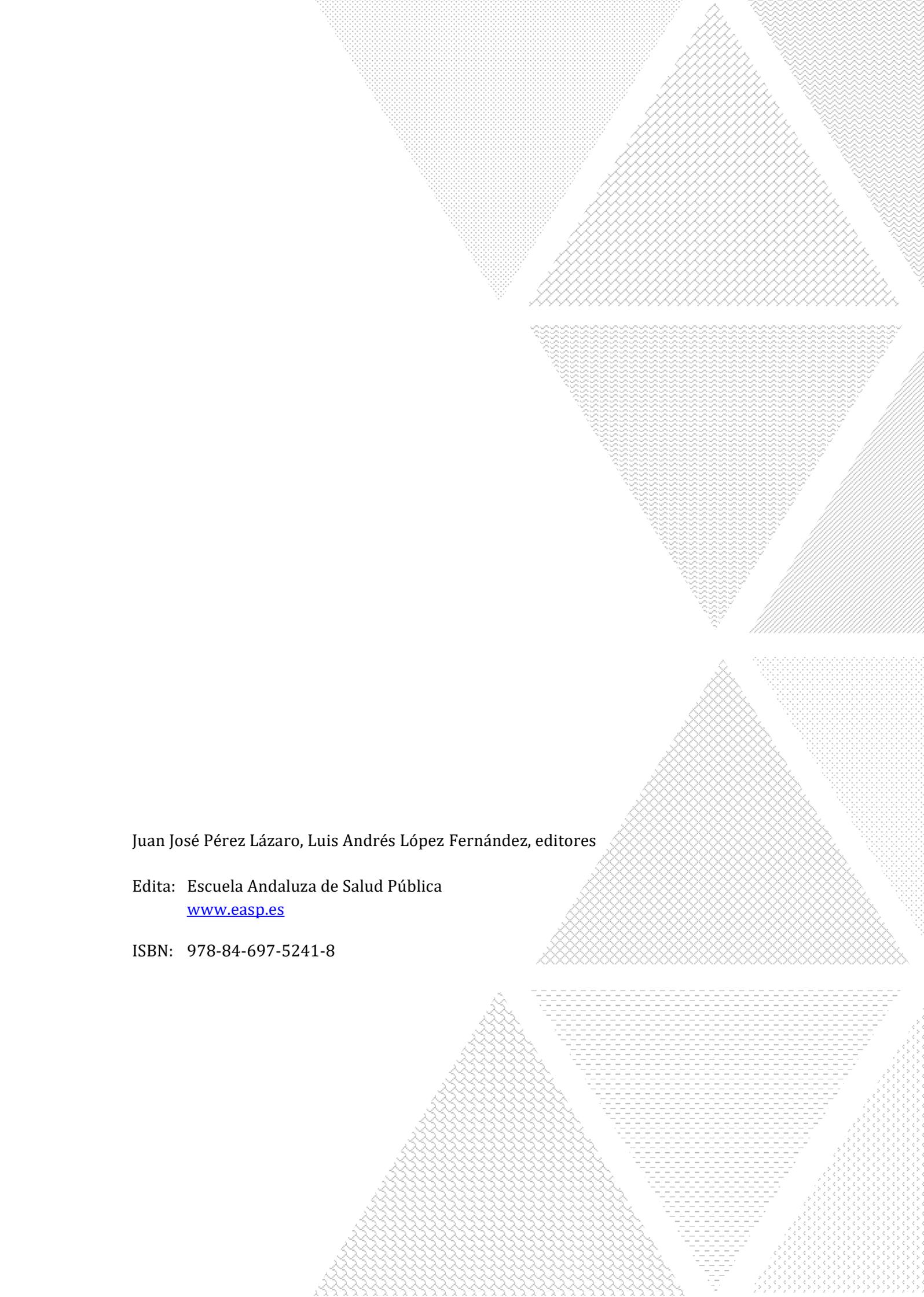
Informe Técnico EASP

Juan José Pérez Lázaro  
Luis Andrés López Fernández  
Editores



Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD





Juan José Pérez Lázaro, Luis Andrés López Fernández, editores

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública  
[www.easp.es](http://www.easp.es)

ISBN: 978-84-697-5241-8

# Índice

Introducción .....	5
<b>Los retos actuales de las profesiones sanitarias .....</b>	<b>7</b>
Qué es ser hoy un buen profesional de la medicina .....	9
<i>Miquel Vilardell Tarrés</i>	
¿Es posible ser hoy un buen profesional de la enfermería? .....	13
<i>Juan Francisco Hernández Yáñez</i>	
Profesionalismo médico .....	21
<i>Ángel Salvatierra Velázquez</i>	
La deontología, un camino hacia la excelencia de la profesión médica .....	25
<i>Antonio Hernández Jerez</i>	
Cómo ser médico hoy. Una reflexión.....	29
<i>Rafael Urquiza de la Rosa</i>	
Profesionalismo en cuidados: el papel del personal de enfermería en los sistemas sanitarios .....	43
<i>Nieves Lafuente Robles, Susana Rodríguez</i>	
<b>La gestión de profesionales en las organizaciones sanitarias .....</b>	<b>47</b>
Los profesionales sanitarios. Motivación e incentivos .....	49
<i>Juan M. Cabasés</i>	
Los profesionales en las organizaciones sanitarias .....	59
<i>Luis Andrés López Fernández</i>	
Reflexiones sobre la Dirección de un Servicio Clínico .....	67
<i>Martín Tejedor Fernández, Juan José Pérez Lázaro</i>	
<b>El entorno de futuro de las profesiones sanitarias .....</b>	<b>77</b>
El entorno profesional del futuro.....	79
<i>Jorge Fernández Parra</i>	
Reflexiones sobre el futuro de la formación de los profesionales sanitarios .....	83
<i>Arcadi Gual Sala, Felipe Rodríguez de Castro</i>	
La metamorfosis de Adela .....	101
<i>Francisco Galindo Sánchez</i>	
De la formación continuada al desarrollo profesional .....	109
<i>Juan Sergio Fernández Ruiz</i>	
Por un profesionalismo sentido, vivo y veraz.....	111
<i>Zulema Gancedo González</i>	
Los retos profesionales del futuro .....	113
<i>Jordi Gil Vernet</i>	
La marca profesional de los sanitarios del siglo XXI: comunicación, 2.0 y nuevo papel del paciente .....	119
<i>Joan Carles March Cerdà</i>	
Programa de las Jornadas .....	127



# Introducción

El pasado mes de junio de 2016 elaboramos un informe sobre [«El futuro de los hospitales»](#), en el que participaron personas expertas de toda España. Nuestro propósito fue debatir los aspectos más relevantes que caracterizarán el futuro y las variables que podrían mejorar el sistema sanitario.

Este informe destaca la importancia de las profesiones sanitarias y la necesidad de revisar de forma permanente la idea de «profesionalismo», un concepto que hace referencia a valores y conductas que son la base de la confianza entre la ciudadanía y los profesionales de la salud.

En la historia de la humanidad el llevar a cabo determinadas funciones que la Sociedad considera delicadas y sensibles para las personas se las ha «encargado», por así decir, a profesionales. Son un tipo de agentes sociales que responden, que dan la cara fundamentalmente ante sus «clientes» entendidos estos de una forma muy amplia: la ciudadanía, la sociedad.

Y son los pacientes y los colegas los que tienen la mayor legitimidad para decidir sobre la práctica profesional. Este marco de relaciones está regido por un conjunto organizado de principios, un código deontológico. Por este motivo, lo esencial de las profesiones es la búsqueda de la excelencia, es decir, la forma correcta o, mejor, perfecta de realizar su actividad.

La idea actual de excelencia es un tema de interés en todo el mundo y un desafío para la profesión y para los sistemas sanitarios, porque la sociedad cambia de manera constante, y las profesiones deben reflexionar sobre la forma en que la sociedad necesita de su colaboración en cada momento, atendiendo de la mejor manera esas transformaciones. Y no hablamos de revisar las competencias o habilidades pertinentes: hablamos de vigilar los valores, y de la forma en que esos valores se concretan frente a los nuevos retos de la sociedad actual. Esto es lo que nos interesa porque, si hay acuerdo en esto, lo demás será mucho más sencillo. «La ética no actúa solo aplicando los principios a la realidad, es necesario hacer una evaluación de la realidad sobre la que se ha de decidir».<sup>1</sup>

El propósito del presente trabajo es alimentar y actualizar el debate sobre la excelencia en las profesiones sanitarias y, para entender mejor esta situación, lo hemos estructurado en tres áreas temáticas:

*Los retos actuales de las profesiones sanitarias.* Los retos actuales los intentamos analizar con una perspectiva general de las profesiones, sin olvidarnos de las dos profesiones más emblemáticas del mundo de la salud. Eso no significa que no reconozcamos la importancia

---

<sup>1</sup> Gracia, D: Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Ed. Triacastela. Madrid: 2004.

de las otras profesiones, como los gerentes o los científicos sociales y otras, que naturalmente están en el mundo de la salud para quedarse.

*La gestión de profesionales en las organizaciones sanitarias.* Los profesionales ya no trabajan solos, trabajan en organizaciones o forman redes de relaciones entre ellos y con otras personas. El tema de la gestión de estas organizaciones y las peculiaridades que tienen estos «trabajadores profesionales» es también uno de los focos de este informe.

*El entorno de futuro de las profesiones sanitarias.* El futuro del profesionalismo y de las profesiones también es objeto de atención. Sabemos que muchos más de los temas aquí planteados son relevantes, pero avanzamos en lo que podemos y queda un gran espacio abierto para seguir debatiendo.

Este documento recoge las conclusiones de las jornadas celebradas en la sede de la EASP en enero de 2017, cuyo programa se expone al final del libro. En él participaron personas expertas conocedoras de nuestro sistema sanitario. Va dirigido a profesionales e instituciones que tienen responsabilidades o tienen interés en mejorar la posición de las profesiones sanitarias en nuestra sociedad. Esta obra pretende ser un libro vivo porque irá enriqueciéndose de nuevas aportaciones futuras, que aparecerán en sucesivas nuevas versiones del PDF descargable desde la página web de la EASP.

La búsqueda de la excelencia es el título de un libro de Thomas J. Peters, que se puso de moda en los años ochenta. Trataba de explicar las razones por las que algunas empresas tienen éxito y otras no. Lo sorprendente de este estudio es la conclusión a la que llegaron: el éxito no depende de las formas de administración o de organización, sino de algo inaprensible, sutil —dice Diego Gracia—, pero que es lo que mueve a las personas: los valores.

Creemos que esta es una reflexión oportuna porque algunos temas éticos siguen en crisis; pensábamos que habíamos incorporado los valores éticos a la realidad y a la práctica de las profesiones sanitarias, pero no siempre ha sido así. Decía Séneca que «hay ciertas cosas que, para saberlas bien, no basta con haberlas aprendido» ...

Ni las profesiones ni la ética pasan por un buen momento; valga para explicar esta situación la frecuencia con que aparecen los términos «desmoralización», «frustración», «*burnout*», etc., que es una evidencia de la crisis de estos conceptos.

Esperamos que sea de interés y de utilidad para el sistema sanitario. Nosotros nos hemos esforzado con trabajo, sirva esto para redimirnos de nuestros errores.

*Juan José Pérez Lázaro  
Luis Andrés López Fernández*

*Editores  
Escuela Andaluza de Salud Pública*



Los retos actuales

de las profesiones sanitarias



# Qué es ser hoy un buen profesional de la medicina

**Miquel Vilardell Tarrés**

Catedrático de Medicina de la UAB

El profesional de la medicina en el ejercicio de su actividad debe evitar problemas de salud y, si aparecen, intentar diagnosticarlos y tratarlos de la manera más eficaz, con la máxima seguridad y con excelente calidad. Por ello es necesario estar al día en los avances científicos publicados en las revistas de prestigio y mantenerse con una formación sólida que garantice la competencia profesional. La formación continua debe ser reglada y evaluada periódicamente para aportar confianza al profesional y al ciudadano que presenta un problema de salud. La competencia profesional debe fundamentarse en los conocimientos adquiridos y en las habilidades que mejoran con la experiencia.

Para ser un buen profesional, los conocimientos y las habilidades son fundamentales, pero, además, hace falta tener pasión, es decir vocación en aquello que uno hace. Uno se puede cansar ejerciendo, pero nunca aburrirse, si esto ocurriera sería una demostración de la falta de pasión por el ejercicio de esta profesión. Con estas dos condicionantes, competencia y vocación, uno puede ser un buen médico, pero necesitará de unos valores personales para ser un buen profesional.

En el acto médico hay dos aspectos a considerar para conseguir la excelencia, el primero de ellos es contractual, el ciudadano con un problema de salud escoge al profesional que le garantiza los mejores resultados buscando información sobre indicadores de calidad del mismo y acudirá a este profesional basándose en esta información y esperando obtener los resultados reflejados en la información. Este aspecto contractual lo puede desarrollar un buen médico, pero hay un segundo aspecto que es la confianza entre el profesional y su paciente, y para que esta se dé no es suficiente con ser buen profesional, hacen falta una serie de valores personales en el profesional y en su propio paciente. Estos valores personales, que se adquieren a lo largo de la vida en el entorno familiar y social, deben cultivarse diariamente para mantenerlos activos. Poseer estos valores personales facilitará obtener la confianza de su paciente y poder conseguir la excelencia del acto médico.

Dentro de los valores personales considero importante, en primer lugar, la **paciencia**, la prisa es mala compañera de viaje y en la práctica médica los atajos pueden conducir a soluciones equivocadas hay que seguir el camino paso a paso, sin dejar ningún eslabón; es importante seguir los protocolos evaluados y consensuados. La **perseverancia**, otro valor importante, a veces, la solución inmediata no se encuentra, pero es posible encontrarla insistiendo. En ocasiones, habrá que reiniciar el proceso varias veces y no hay que desanimarse ni abandonar cuando esto ocurre. La **prudencia**, que significa pensar dos veces antes de decir o hacer una cosa determinada, es un valor necesario para evitar

opinar que está todo resuelto o que no hay nada que hacer, es necesario a veces saber esperar, una pausa a tiempo en el camino diagnóstico puede ser de gran utilidad. La **humildad**, la medicina es una ciencia y un arte, sabemos que en el mundo científico la certeza no siempre es absoluta y no tenemos el cien por cien de la evidencia científica, por tanto, hay una parte que es arte, el arte de la probabilidad. Esta incerteza y probabilidad nos obliga a ser humildes en nuestras actitudes y comportamientos, lo cual no siempre es fácil dado que el profesional al tener una alta consideración social puede hacer creer en algunos que está en un plano superior y esto les puede conducir a la arrogancia, produciéndose una excesiva valoración del ego que puede llegar a confundirse erróneamente con el prestigio que solo le otorgan compañeros de profesión, sociedades científicas, etc.

Los profesionales deben huir de la envidia y los celos, frecuentes en las relaciones interprofesionales y a menudo fundamentadas en el ego y la codicia. Hay que trabajar el valor del **compañerismo** porque hoy no es posible ejercer en solitario debido a la gran información científica y a los avances tecnológicos que obligan al trabajo multidisciplinar con objetivos comunes trabajando cada una de las disciplinas de acuerdo a conocimientos y «expertezas», es decir, trabajando de forma interdisciplinar; lo cual nos permitirá conseguir objetivos que solos no podríamos alcanzar. Sin embargo, esto nos obliga a seguir unas normas de trabajo, respetar todas las disciplinas y a los profesionales que integran el equipo. Cada uno de ellos hará aportaciones al proyecto colectivo, los más jóvenes aportarán ilusión, «emprendería» y esperanza, y los mayores reflexión, todo ello imprescindible para el avance científico. Un equipo para que funcione bien debe tener unos objetivos muy bien marcados, una buena coordinación y que cada uno de sus miembros tenga un buen conocimiento de sus responsabilidades. Para ello, hace falta un líder para conducir el proyecto a buen puerto que será una persona de reconocido prestigio profesional, respetada por sus compañeros, con dotes de mando, con empatía y transparente en la gestión, que sepa huir del derrotismo mediocre y que tenga delirio creativo. Con un buen liderazgo todos se sentirán importantes y si no se cree en el proyecto debe apartarse para no molestar al resto del equipo.

Si uno tiene estos valores personales será un médico bueno. Ser un buen médico y médico bueno debería ser el objetivo de cualquier profesional a lo largo de su carrera en la que se dan varias etapas con distintas características, pero siempre con el objetivo común de practicar una medicina de excelencia para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. En la etapa inicial predomina la **ilusión**, se hace realidad el sueño de ser profesional de la medicina y poder ejercer la profesión, le sigue la etapa del **compromiso** con el trabajo, es la etapa de la madurez y en ella se consolidan los proyectos y se ven los resultados de muchos de ellos. Poco a poco, se entra en la última etapa que es la **reflexiva** donde la experiencia permite poder dar una opinión más sólida sobre los temas profesionales. En todas estas etapas, uno se sentirá bien si disfruta haciendo de médico o médica, si se tiene la misma curiosidad y las mismas ganas de seguir aprendiendo hasta la etapa final. Es importante al final de la carrera profesional poder mirar atrás con satisfacción y pensar que si hoy uno volviera a empezar volvería a ser médico.

En el acto médico son diversos los actores que participan, hasta ahora hemos hablado solo del profesional médico pero igual de importante es el paciente que debe ser conocedor de

sus derechos y deberes para que este acto termine con éxito; hoy tenemos un paciente muy informado debido a las nuevas tecnologías de la información y comunicación pero, necesita más formación sanitaria para comprenderla y más educación sanitaria para poder hacer un uso adecuado del sistema sanitario para que sea sostenible y solvente, la participación activa de profesionales y pacientes es imprescindible.

Otro elemento importante en el acto médico son las estructuras sanitarias que incluyen el sistema político, los modelos de gestión y los equipamientos. Los políticos son los que marcan el presupuesto destinado a salud y los servicios de la cartera de salud. Los gestores marcan el modelo de gestión con distribución de su presupuesto y las políticas de personal. Y, por último, un buen equipamiento permite mejorar la práctica clínica y la confortabilidad en el acto médico. En todo el proceso la confidencialidad debe mantenerse siempre de acuerdo a los códigos deontológicos. Dentro del sistema de salud la coordinación entre los distintos sectores y las tecnologías de la información son fundamentales para facilitar la comunicación y la información requerida. Si la coordinación funciona, todos los agentes implicados en este sistema irán en la misma dirección y el resultado final será excelente.

En resumen, hoy es imprescindible que los profesionales sean competentes con valores personales adecuados que trabajen en la evidencia científica de forma interdisciplinar con buena coordinación y comunicación que asuman el control de sus resultados y que estos sean transparentes. A su vez, la ciudadanía debe ser conocedora de sus derechos y obligaciones con una buena educación sanitaria para poder hacer un correcto uso del sistema de salud. Los políticos deben garantizar un presupuesto adecuado para mantener la solvencia del sistema y los gestores deben permitir una autonomía de gestión a los clínicos y una participación activa en la toma de decisiones junto con la ciudadanía.



# ¿Es posible ser hoy un buen profesional de la enfermería?

**Juan Francisco Hernández Yáñez**

Sociólogo, consultor y divulgador

Autor de «La enfermería frente al espejo: mitos y realidades»<sup>2</sup>

## Profesionales

Decidí dar a mi intervención en la jornada de Granada el título que encabeza esta entrada frente al originariamente propuesto por los coordinadores («¿Qué es ser hoy una buena enfermera?») porque lógicamente la respuesta depende mucho de a quién le estemos formulando la pregunta: pacientes y ciudadanía en general, médicas, médicos y otros profesionales de la salud, directivos, empresarios o políticos, todos ellos tendrán su propia versión de qué es (para sus propios intereses) una buena enfermera o enfermero. Incluso es previsible que difieran también las respuestas de los propios profesionales de enfermería dependiendo entre otros factores de su filiación (académica-docente, investigadora, asistencial, gestora) e incluso de variables sociodemográficas (edad) y profesionales (formación de posgrado, ámbito de ejercicio).

Creo haber llegado a conocer bastante bien el entorno que rodea a las profesiones sanitarias, con especial e inevitable mención hacia la de enfermería, a cuyo estudio me he dedicado de manera muy intensa estos últimos años. De ahí que me asignaran este colectivo profesional como foco de mis reflexiones. Y creo que es más interesante saber si, sea lo que sea que consensuemos que define a una *buena* enfermera, su entorno (laboral, corporativo) incentiva o al menos permite que practique su dedicación con profesionalidad.

Para responder a esa pregunta, si es posible hoy ser una buena enfermera o enfermero, creo que la «pregunta de la certeza» (M. Schulz) que debería formularse cualquier profesional es si sabe, quiere y puede serlo.

Porque, perdón por la banalidad, lo primero que debería preguntarse —y deberían preguntarle— a cualquiera que aspire a dedicarse a esta profesión nada fácil, exigente y complicada, especialmente en sus comienzos, es si realmente sabe ser un buen profesional; es decir, si reúne la formación, competencias y capacidades precisas para serlo, porque si la respuesta no es un «sí» más o menos rotundo, todo lo demás es irrelevante porque resulta evidente que a una organización sanitaria que incorpore a «profesionales» in-competentes entre su *staff* le importan entre muy poco y nada estas

---

<sup>2</sup> Fundación Alternativas, 2010.

cosas del profesionalismo. O que componen su inevitable cuota «paretiana» de disfuncionales, producto de un sistema educativo y un mercado laboral incompetentes. O, simplemente, que nos encontramos ante directivos incompetentes reclutando a clínicos incompetentes, dando como resultado organizaciones incompetentes.

La segunda «pregunta de la certeza» es si quiere ser un «buen profesional», lo que ya es un tema relacionado con actitudes y no con capacidades o aptitudes; y aquí, si la respuesta de nuevo no es un «sí» más o menos rotundo, la organización sanitaria que lo incorpore tendrá que decidir entre dos opciones: a) darlo por imposible y sumarlo a la nómina de los «disfuncionales paretianos»; b) tratar de introducir estímulos para que, ya que no atesoran las «virtudes» para alcanzar la «excelencia» como profesional, al menos tengan un mínimo sentido de la profesionalidad que les permita ser un «buen» profesional. No todos podemos ser «Paramount», pero tratar de captar a la mayor parte de estos héroes y conseguir que el resto, o sea nosotros los normalitos, tengamos un mínimo estándar de «profesionalismo» es lo que antes solían denominarse «políticas de recursos humanos».

Y, en tercer lugar, a quienes han respondido enfáticamente que sí, que saben y querrían ser ese buen profesional que tanto necesitan las organizaciones, y más aún sus pacientes, entonces ya podemos entrar a despachar si pueden o les dejan serlo. O sea, a hablar del entorno.

## El entorno organizacional

Este tema, el «entorno» en sus múltiples dimensiones, resulta crucial a la hora de entender si en nuestras organizaciones sanitarias contamos con «buenos profesionales». Y como la respuesta suele ser «pues hay de todo», también es importante hacerles a sus directivos sus correspondientes «preguntas de la certeza», que en mi opinión son dos.

La primera, que es de carácter general: ¿Hasta qué punto fomentan, o al menos no boicotean, las organizaciones que facilitan que los profesionales puedan dar lo mejor de sí mismos, la excelencia de su «profesionalismo»?

Y la segunda, que atañe más directamente a los directivos de enfermería: en su organización sanitaria, ¿realmente se quiere disponer de la mejor versión posible de su *staff* o (creen que) les basta con poder desplegar una infantería disciplinada, multifunción y gregarizada, una suerte de *walking dead* enfermero, con músculos pero sin cerebro? Lo que equivale a preguntarles si creen que necesitan mucho, algo, poco o nada incorporar en sus ámbitos clínicos el conocimiento enfermero.

Aquí enlace con algo a lo que hice referencia en el debate, que en la literatura profesional anglosajona suele denominarse *missing care* y que hace referencia a todo aquello que, formando parte de los cuidados y servicios que un profesional de la enfermería debería *saber, querer y poder* prestar a sus pacientes, deja de hacerse para atender otras tareas impropias, «delegadas» por profesionales de la medicina, «escaqueadas» por otras ocupaciones o «impuestas» por los directivos. O, lo más penoso, «adoptadas» como propias por muchas enfermeras a consecuencia de su visión «holística» o romántica de su

profesión; me refiero naturalmente a los cuidados o servicios de carácter doméstico o técnico que no requieren ninguna cualificación especial: desde bañar a las personas enfermas ingresadas hasta realizar las extracciones de sangre, pasando por las numerosas tareas administrativas que absorben el cien por cien del tiempo de trabajo de las responsables de enfermería (supervisoras o coordinadoras) y les impiden realizar su trabajo fundamental de ordenación, evaluación y control de la calidad y seguridad de los cuidados de enfermería que se prestan en su unidad.

Las organizaciones sanitarias que han adoptado este tipo de organización del trabajo (utilizar profesionales altamente cualificados para realizar tareas más propias de ocupaciones auxiliares) no solo menosprecian el Conocimiento Enfermero como herramienta cualificada para la excelencia clínica, sino que malgastan, impunemente por lo que se ve, el dinero de los contribuyentes o de sus accionistas.

Por eso, en realidad habría una tercera «pregunta de la certeza», mucho más incómoda, que tiene que ver con que, si en esas organizaciones son muchos, algunos o solo unos pocos los profesionales de la enfermería a los que realmente les importa *saber, querer y poder* desarrollar su profesionalidad y lo relacionan con su propia forma de vivir la profesión. Porque una organización inteligente no es solo, ni principalmente, la que es capaz de formularse sus correspondientes «preguntas de la certeza», sino la que sabe construir su *staff* clínico contando con profesionales a quienes sí les parece relevante formularse las suyas propias.

## El entorno laboral

Un aspecto que me parece especialmente grave es el importantísimo deterioro del entorno laboral, especialmente en el sector público (que emplea a casi el 80% del personal de enfermería). No voy a extenderme sobre los recortes y su impacto sobre el empleo, que, desde luego, ha sido mucho mayor entre la enfermería (enfermeras/os y técnicas/os auxiliares), que entre la clase médica.

He hablado muchas veces de lo inexacto, al menos en términos sociológicos, que supone hablar de la enfermería: yo hablo de las enfermerías porque se trata de un colectivo de personas que reúnen una misma y única condición (disponer de una titulación que les habilita para trabajar como enfermeras o enfermeros), pero que a partir de ahí se fragmentan ocupacionalmente en función de variables endógenas (ámbitos de especialización funcional extraordinariamente heterogéneos) y exógenas (mercado laboral, sector público o privado excluyentes, a diferencia de la medicina) que producen una amplia fragmentación cultural y de intereses.

La «pirámide social» de la profesión de enfermería ha cambiado mucho en los últimos 25 años; este esquema reproduce esos cambios estructurales:

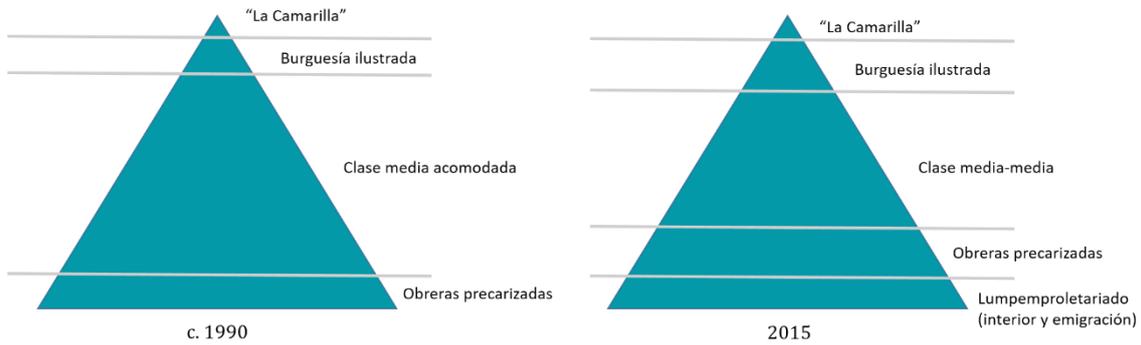


Figura 1. Pirámide social de la profesión de Enfermería. Evolución 1990-2015 Un cambio cualitativo.

Como podemos ver, se trata de una acumulación de cambios cuantitativos que han acabado propiciando un verdadero cambio cualitativo: «la enfermería» se ha convertido en «las enfermería».

A finales de los años ochenta y principios de los noventa, la inmensa mayoría del colectivo la componía una clase media acomodada; no solo tenían empleo fijo de por vida de manera bastante rápida, sino que tenían acceso a la formación continuada, congresos de su ámbito de especialización, participación en proyectos de investigación para quienes tenían este perfil, etc. Una pequeña base de «obreras precarizadas», recién salidas de las escuelas de Enfermería, se ocupaban de rellenar sus huecos (vacaciones, formación, excedencias, etc.).

Arriba estaba una «burguesía ilustrada» (docentes, gestores, liberados sindicales o cuadros colegiales y asociativos) y aún por encima, la «camarilla», es decir, los representantes de la profesión en torno al Consejo General de Enfermería y al Sindicato SATSE. Estos dos estamentos o «clases» sociales son las que menos han sufrido los embates de los recortes. Pero en el resto del colectivo, los prolongados años de crisis han dejado serios cambios.

Para empezar, la antigua «clase media acomodada», además de reducir de manera muy importante sus efectivos, se ha convertido en una clase «media-media»: con mayor jornada laboral y menores dotaciones en plantilla; sin bolsas de formación o becas de investigación, mayor movilidad horizontal y menor vertical (al menos, ascendente).

Las «obreras precarizadas» han pasado de ser un pequeño ejército que cubría las ausencias de la clase media, a convertirse en el destino normal, durante un número cada vez más prolongado de años, de quienes se gradúan, si tienen suerte (o puntos en las bolsas de empleo). Porque quienes no tienen tanta suerte han pasado a convertirse en los expulsados del sistema, una suerte de «lumpemproletariado» a cuyos miembros suelo denominar «desempleados», que utilizan profusamente las puertas giratorias: del desempleo al empleo más precario y de éste, de vuelta al desempleo. Por no hablar del número creciente de emigrantes.

En los años setenta, obtener un empleo fijo suponía menos de un año desde la graduación; en los ochenta, entre uno y tres años; en los noventa, entre tres y seis años; en los dos mil, entre seis y diez años; y en nuestra década, entre 10 y 14 años. Mucho menos, por cierto, aunque con condiciones de trabajo por lo general aún peores, en la sanidad privada, que en la pública.

Este cambio tiene evidentemente un grave efecto en la vida de los afectados; pero tiene también un potencial efecto devastador en los propios servicios de salud y organizaciones sanitarias. Aunque algunas veces se ponga en duda, la enfermería es una profesión facultativa que depende, por tanto, muy seriamente del conocimiento tácito, no solo de los estándares, guías o protocolos. Esto no se aprende en las facultades de enfermería (o de medicina), sino que forma parte de un proceso de socialización que se realiza casi exclusivamente en el ámbito laboral-profesional, incluida la formación especializada como ámbito híbrido formativo-laboral.

Por un lado, la inmensa mayoría de clase médica realiza antes o después este proceso formativo-socializador, porque la oferta de plazas MIR es superior al número de egresados de las facultades de Medicina (y es preciso disponer de un título oficial de especialista para todos los puestos de trabajo de la sanidad pública y una mayoría de los de la privada).

Pero la situación es radicalmente diferente entre los egresados de las facultades de Enfermería: aproximadamente 11.000 profesionales de enfermería cada año, para las cuales solo se ofertan cerca de 1.000 plazas EIR. Este ámbito de socialización en valores, culturas y prácticas profesionales está negado para más de nueve de cada 10 enfermeras/os.

A ello hay que añadirle que las enfermeras y enfermeros que salen de las facultades se enfrentan, en primer lugar, a un prolongado destino de «desempleariado». Pasan de meses de paro al empleo más precario: hoy en urgencias, mañana en neonatos, pasado en un centro de salud y al otro, en un centro de extracciones o una residencia asistida.

Los profesionales necesitan aprender las claves de las organizaciones humanas en las que se encuadran, sus culturas y modos de funcionamiento, pero en estas dinámicas extraordinariamente precarias es radicalmente imposible. Nos enfrentamos, pues, a unas cohortes de personal de enfermería (y otras profesiones, por supuesto) anómicas, carentes de normas profesionales claras (que necesariamente son aprehendidas, más que aprendidas) y sin haber cubierto un proceso de socialización «normal», como el que tuvimos las generaciones anteriores.

Y, por si faltara poco, estamos detectando vía encuestas un proceso de creciente generación de lo que podríamos denominar «nihilismo profesional», que cada vez afecta más a los estratos jóvenes (5-10 años desde la finalización de los estudios): arrepentirse de la elección de carrera en estadíos realmente tempranos, porque les quedan 30 o 40 años de desempeño de una profesión a la que, digamos de manera amable, no aman.

## El entorno profesional

Cuando esto no se produce, o se produce de manera aparentemente errática, no basta la culpabilización de los profesionales y/o de su entorno organizacional o empresarial para explicar el 100% de la varianza. Porque en ciertos sectores, el sanitario entre ellos, el entorno profesional es muy importante para generar ese «profesionalismo» que hace que las personas se comporten de manera aceptablemente «profesional» hasta con el piloto automático. La profesionalidad no es un atributo que se posee —o no—individualmente, sino una cultura que se adquiere colectivamente a partir de valores compartidos por los miembros de una profesión. También las organizaciones profesionales tienen la obligación de formularse sus propias «preguntas de la certeza». Porque publicar códigos deontológicos y sentarse a esperar que se apliquen solos es una necesidad.

A juzgar por su conducta y su cuenta de resultados, no parece que sea esta, la de hacerse preguntas incómodas de responder, una práctica muy seguida por parte de los «líderes enfermeros». No en vano son quienes han generado durante largos años un entorno corporativo más bien frustrante, apático y desmovilizador. Estos personajes representan muy fielmente, desde luego no a la enfermería más capaz, comprometida y reflexiva, sino a esa «enfermería profunda» siempre agravada, negligente e indolente, quejica y sin músculo moral, que desgraciadamente pulula por muchos de nuestros centros y servicios sanitarios.

Una última reflexión al respecto, de carácter más general que, como he dicho, solo cobra sentido en el caso de unas pocas familias profesionales (no de la mía propia, por ejemplo, de base más individualista): ser una buena médica o un buen enfermero tiene mucho que ver con que existan unas profesiones médica y enfermera saneadas, limpias, cooperativas y que pongan por encima de todo las necesidades de sus (comunes) usuarios. Que dejen que cada cual haga aquello para lo que se preparó y sabe hacer bien, y piensen antes en ensanchar las «amplias avenidas» que oxigenan y permeabilizan los servicios de salud para que cada cual pueda dar lo mejor de sí mismo, que en reforzar los muros que los convierten en ecosistemas peligrosos e intransitables, en los que lo mejor es «no moverse, no significarse»; es decir, no plantearse si las cosas se hacen como se debería o se podrían hacer mejor. Esta es la base del profesionalismo sanitario del siglo XXI, en mi opinión.

Adela Cortina lo expresó muy bien, perdón por tomar prestado el concepto y expresarlo a mi propia manera: ser competitivo con uno mismo para alcanzar la excelencia como profesional y cooperativo con los demás para alcanzar la excelencia como organización.

En países como el nuestro, corporativistas y burocratizados, lo que los centros y los profesionales más comprometidos con la excelencia puedan llegar a hacer siempre dependerá de los buro-reguladores. Y en España, la cultura regulatoria de las administraciones públicas es de techo («valgas lo que valgas, de aquí ni se te ocurra pasar») y no, como en algunos otros, de suelo («si verdaderamente vales, y lo demuestras, salta y vuela»). Esa es la verdadera razón por la cual aquí nunca, al menos mientras siga predominando el mismo *pensamiento* regulatorio, existirá una enfermería de práctica avanzada que se va consolidando en otros países: porque estos desarrollos se basan en regulaciones macro que permitan dar respuesta local a problemas locales... que luego, si

hay programas de evaluación y se demuestra que las experiencias locales funcionan, pueden convertirse en guías o políticas globales. O sea, una utopía.

Por eso, para intentar disimular la implacable realidad de que ciertas élites enfermeras realmente van desnudas, se intenta vender, tanto en casa como fuera, el humo de que las especialidades enfermeras, o que cada vez más enfermeras o enfermeros sean doctores, son «práctica avanzada».

Decididamente, no se le ponen fáciles las cosas hoy a quienes saben y quieren ser buenos profesionales de enfermería, para poder efectivamente serlo. A pesar de ello, hay decenas de miles que lo son cada día. Y que, contra viento y marea, lo serán.

El subtítulo de un libro de 2005 de Suzanne Gordon, periodista y *lecturer* estadounidense (*Nursing against the odds*) resumía lo que a su juicio constituye la «trilogía del mal» que afecta a la profesión de enfermería, al menos en EEUU: «cómo 1. los recortes en el gasto sanitario; 2. los estereotipos de los medios de comunicación; y 3. la arrogancia médica socavan la enfermería y la atención a los pacientes». No creo que el diagnóstico debiera ser muy distinto por aquí.



# Profesionalismo médico

## Ángel Salvatierra Velázquez

Director de la Unidad de Cirugía Torácica  
y Trasplante Pulmonar  
del Hospital Universitario Reina Sofía  
Presidente del Comité de Ética Asistencial Provincial de Córdoba

## Introducción

Los cambios tan acelerados que experimenta el mundo desde hace varias décadas afectan de lleno a la profesión médica. Los conocimientos científicos, clínicos y tecnológicos, aplicados tanto a la vertiente diagnóstica como terapéutica, evolucionan a un ritmo tan vertiginoso que dificulta su análisis y asimilación. Pero es, sobre todo, el cambio sociológico el que más ha modificado el quehacer médico. La relación médico-paciente —extraordinariamente analizada por Diego Gracia— ha pasado del modelo absolutista y paternalista, al liberal; de la supremacía de la beneficencia a la de la autonomía del paciente. Los sistemas sanitarios se enfrentan a grandes desafíos para su mantenimiento y las fuerzas del mercado ponen en peligro la equidad.

Ante estos hechos, a principios de la pasada década, se iniciaron movimientos para redefinir el profesionalismo médico y hacer frente a la crisis de valores percibida por muchos profesionales sanitarios europeos y americanos. Y esta crisis aún nos acecha.

El profesional médico, además del deber de diagnosticar y tratar a pacientes con enfermedades curables, tiene la obligación de cuidar a pacientes que ni siquiera pueden ser tratados. Igualmente, si tenemos en cuenta la amplia definición de Salud de la OMS, cada profesional de la medicina tiene que velar por el bienestar de su paciente. Pero también debe atender a su papel dentro del sistema sanitario. Como dice Gracia, el médico o médica no solo debe proteger a las personas vulnerables, sino también a los valores sociales vulnerables. Y la asistencia sanitaria pública lo es, por lo que es obligación del profesional sanitario defenderla de otros valores competidores, eminentemente mercantilistas, en pro del bienestar de toda la sociedad.

## Breve reseña histórica

Lo que hoy conocemos como medicina es la evolución de incontables fuentes de conocimiento existentes desde los albores de la humanidad y que han ido creando un cuerpo doctrinal, cada vez más rico y preciso, hasta llegar a la actualidad. El concepto de persona, introducido por el cristianismo, trajo consigo el de dignidad y elevó la salud a valor universal. Desde la edad clásica, la medicina se consideraba una profesión que, al igual que el sacerdocio y el derecho, se ejercía de modo absolutista. Precisamente por su autoridad, privilegio e inmunidad, a los que profesaban estas materias se les exigía una

calidad moral superior a la del resto de los ciudadanos. El modelo absolutista fue lentamente virando hacia el liberal, sobre todo tras el cisma protestante, en el caso del sacerdocio, y de la Revolución Francesa, en el del titular del derecho. Sin embargo, en el caso de la medicina, no es hasta las últimas décadas del siglo XX cuando el ciudadano toma las riendas para decidir las acciones a llevar a cabo sobre su propio cuerpo; así, el primer código de derechos de los pacientes data de 1972. El buen profesional sanitario se define ahora más por el respeto a la autonomía del paciente que por la beneficencia. Los profesionales de la medicina, considerados hasta hace bien poco como autoridades y con un gran prestigio social, se han convertido en proveedores de un servicio público que deben actuar en un nuevo marco, en el que las relaciones médico-paciente y medicina-sociedad han cambiado profundamente. Hace un par de décadas, incluso desde las instituciones sanitarias públicas, se instaba a cambiar el término paciente por el de cliente, intentando degradar la relación profesional médico-paciente a mera relación contractual. Aunque se haya reemplazado el modelo de beneficencia por el de autonomía, el profesionalismo médico o, mejor incluso, el profesionalismo sanitario siempre ha incluido como premisa la búsqueda del beneficio del o de la paciente por encima del propio y ha asumido que los conceptos de confianza y fiabilidad son cardinales en la relación sanitario-paciente.

Es indudable que todos estos cambios provocaron, y siguen provocando, numerosas reflexiones éticas. Así, en los últimos años de la década de los 70 del pasado siglo, en los albores de la Bioética, se despertó un interés renovado por el término «profesionalismo médico», para afianzar el humanismo en la práctica de la medicina. En la década de los 90, la *American Board of Internal Medicine* comienza a utilizar el término «profesionalismo» y le añade el de «humanismo», incluyendo explícitamente entre los constituyentes de este binomio las nociones de altruismo, deber y servicio, responsabilidad y excelencia. En 2002, la *American Board of Internal Medicine*, la *European Federation of Internal Medicine* y otros autores procedentes de diferentes países publican el artículo *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter* en el *Annals of Internal Medicine* y en *Lancet*. Ese mismo año, otras publicaciones de diversos países, entre ellos el nuestro, se hacen eco de la publicación en sus páginas. El «nuevo profesionalismo médico» adquiere carta de identidad en el campo de la Bioética y de la enseñanza de la medicina.

## Concepto y alcance del profesionalismo médico

El profesionalismo médico (término que engloba al profesional sanitario en general) es mucho más que una actividad mercantilista, regulada por una legislación y las leyes del mercado. Es también mucho más que la simple provisión de un servicio. Es, como viene a decir Gracia, una entidad moral que debe velar por la justa distribución de un bien social, la salud, y que debe tener una función estabilizadora entre los intereses sanitarios de la ciudadanía, el sector privado y el poder gubernamental. El profesionalismo sanitario no es solo científico y técnico; implica un compromiso individual y colectivo para proteger no solo a personas vulnerables, como son las personas enfermas, sino a los valores sociales vulnerables. Por tanto, engloba el de velar por el bienestar del usuario en su plena

autonomía, y el de velar por una asistencia sanitaria cálida y de calidad, justa, equitativa y que redunde en el bienestar de toda la sociedad.

De acuerdo a la *Physician Charter*, el profesionalismo médico exige poner los intereses de los pacientes por encima del de los profesionales médicos, adquirir y mantener los estándares de competencia e integridad, y proporcionar consejo experto a la sociedad en materia de salud. Exige, por tanto, dotarse de habilidades clínicas y de comunicación, así como una asunción del marco ético y legal de la conducta profesional. Este es el caldo de cultivo para que desarrollen los valores cardinales que integran el profesionalismo médico, descritos por el *Medical Professionalism Project* de la *American Board of Internal Medicine*: excelencia, humanismo, responsabilidad y altruismo.

## Excelencia

La excelencia debe entenderse como la mejora permanente de la competencia profesional. Es estar dispuesto a aprender de por vida, a mejorar continuamente la calidad de la asistencia, docencia, investigación y de gestión de los recursos sanitarios, buscando la eficiencia. También es aceptar las propias limitaciones, colaborar con el resto de profesionales para el bienestar de los pacientes y de la sociedad, y comprometerse con los valores de justicia social, equidad y autonomía de su paciente.

## Humanismo

El humanismo es un principio fundamental en una profesión que requiere interactuar con personas en situación de vulnerabilidad. Implica una preocupación sincera por su paciente. El humanismo en medicina se traduce en respeto, compasión, empatía, honor e integridad.

El respeto es la esencia del humanismo. Implica sensibilidad y deferencia ante las peculiaridades y valores del otro. Es reconocer la dignidad que todo ser humano tiene por el simple hecho de serlo.

Empatía es la habilidad para entender las razones, experiencias y sentimientos de los otros, sin llegar a sentirse emocionalmente afectado. Es la habilidad mínima necesaria, aunque no suficiente, para que funcione la relación profesional sanitario-paciente.

La compasión es un paso más de la empatía. La compasión es ponerse en el lugar del otro e identificarse con su experiencia. Es, en palabras de Reich, la relación con el otro basada en el amor, la benevolencia, la comprensión y la amistad. Amistad clínica, que es respeto a la autonomía de la persona enferma, beneficencia, compasión, altruismo, confianza y confidencia. La virtud del profesionalismo médico es la amistad clínica.

El honor y la integridad deben estar implícitos en todas las acciones humanas. Es ser justos, veraces, bienintencionados y cumplidores.

## Responsabilidad

Cada profesional de la medicina debe rendir cuenta ante sí mismo y ante la sociedad. Debe saber manejar los conflictos de intereses. La responsabilidad implica no solo la profesional en el cuidado de los pacientes concretos, asegurándose de que todos sus actos estén acordes con los estándares profesionales, sino también la responsabilidad social, a fin de salvaguardar las necesidades de salud de la población. La responsabilidad significa también colaborar con otros profesionales sanitarios, bien dirigiendo acciones o dejándose dirigir por otros cuando sea necesario.

## Altruismo

Cada profesional de la medicina debe dar prioridad al mejor interés de las personas enfermas sobre el suyo propio y aun a costa de éste. Existe un claro vínculo entre la compasión y el altruismo. Es también un componente de la amistad: el buen amigo sobrepone el bien de este al propio.

## Conclusión

El profesionalismo médico es un conjunto de valores, actitudes y habilidades enfocados al mejor cuidado de las personas enfermas y de la salud de la ciudadanía. Su traducción instrumental virtuosa es la amistad clínica, así como la corresponsabilidad en el acceso y reparto justo y equitativo de los recursos sanitarios, de forma que depare un mayor bienestar a la sociedad en su conjunto.

# La deontología, un camino hacia la excelencia de la profesión médica

**Antonio Hernández Jerez**

Presidente de la Comisión de Deontología  
del Colegio de Médicos de Granada

Presidente de la Comisión Andaluza de Deontología Médica

En 2010, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos publicó un catálogo de conceptos que definía profesional médico como todo médico titulado comprometido con los principios éticos y deontológicos y los valores de la profesión médica y cuya conducta se ciñe a los mismos (1). Para lograr una atención sanitaria de calidad todo médico debe poseer los conocimientos y habilidades necesarias para ello y, además, debe comprometerse con un conjunto de valores, manifestar una serie de actitudes y mantener unas conductas que, en conjunto, han sido denominadas por la comunidad científica internacional como «Profesionalismo médico». Este posicionamiento, según Diego Gracia, supone un intento serio de «remoralizar» la profesión y se manifiesta mediante un compromiso con su paciente y con la sociedad, quienes valoran positivamente al médico y confían en la profesión médica. Se trata de un nuevo modelo de práctica profesional que redundará en beneficio de la sociedad y de los profesionales. El nuevo profesionalismo incluye la justa distribución de la salud como bien social y puede definirse como una fuerza social estabilizadora y de protección moral al enfermo (2).

El término «profesión» procede etimológicamente del vocablo latino *professio*, que era la declaración pública de algo, inicialmente de carácter religioso como confesión y reconocimiento de la fe y consagración personal a tales tareas. Por eso, la primera profesión en desarrollarse fue la de los sacerdotes, a la que más tarde se añadirían los jueces y profesionales de la medicina. Posteriormente, con la aparición de las Universidades en el siglo XII la profesión médica se incluye entre las Facultades mayores (Teología, Derecho y Medicina) donde se formarán los futuros dirigentes que ostentarán el poder social (2). El término profesión evolucionó históricamente y hoy día se entiende como la manifestación abierta de lo que uno es y de sus intenciones. Un rasgo distintivo de los profesionales es su compromiso público y activo con los valores intrínsecos de su profesión y, en el caso de la medicina, con la salud de la ciudadanía.

A partir de la medicina clásica el juramento hipocrático presupone un compromiso público de dedicación y entrega al bienestar individual (pacientes) y colectivo (sociedad), cuyo fundamento entraña una responsabilidad ética. Estos presupuestos permitieron evolucionar históricamente a la medicina consolidándose en una estructura organizada que monopoliza la formación en medicina, el reconocimiento oficial (titulación) y el ejercicio dentro de la sociedad (colegiación como garantía social). Por tanto, la evolución

histórica ha forjado una conciencia colectiva de la profesión médica, centrada en una corporación o institución social (*collegium*) que persigue los mismos objetivos, utiliza métodos comunes para ejercer los actos propios de la profesión y asume el carácter distintivo de la misma (*ethos*).

Según la definición dada al principio, las profesiones se articulan sobre la base de una serie de principios y valores que deben cultivar los profesionales y, especialmente, los de la salud. Los principios son un tipo de normas que tienen carácter general, prescriben lo que hay que hacer y lo que no, de manera que sólo lo que está dentro de ellos es lo aceptable. Por su parte, los valores son orientadores y reguladores de la conducta humana, están condicionados por las relaciones sociales predominantes y son expresión de la cultura, ideología e historia de una sociedad en una época determinada (3).

Cualquier profesión tiene valores intrínsecos, que hacen específico su ejercicio, y valores extrínsecos que, aunque son comunes a muchas profesiones, dependen de circunstancias externas. En el caso de la medicina el valor intrínseco es aliviar el sufrimiento humano producido por las enfermedades, curarlas si es posible y promocionar estilos de vida saludables. En cambio, los valores extrínsecos son, entre otros, el reconocimiento social y la remuneración económica y se sitúan en un nivel jerárquico inferior. El valor intrínseco es lo que legitima y da sentido a la actividad profesional, de manera que si los valores extrínsecos se sitúan por encima de los intrínsecos la profesión se deslegitima ética y socialmente, y pierde su razón de ser.

La responsabilidad social de los médicos exige competencia profesional, un valor que implica capacitación científico-técnica, es decir, conocimientos y habilidades suficientes y actualizadas que se alcanzan con los estudios universitarios (*studium, universitas*), formación especializada y formación continuada. Sin embargo, este «valor competencial» no es suficiente por sí solo en la medicina actual, sino que, además, es necesaria una capacitación humana que garantice la calidad del ejercicio profesional en el marco de la relación con pacientes, con los demás profesionales de la salud, gestores sanitarios y en último término con la sociedad. Estos valores humanísticos se adquieren asimilando y desarrollando una conciencia social de confianza, honestidad, integridad, respeto y altruismo. Lo mejor posible para la persona enferma no es sólo ciencia y técnica, sino también un trato humano, cargado de afectividad y empatía. Estos valores caen dentro del ámbito de la ética y, aunque se pueden aprender con el estudio teórico, no se transmiten y adquieren hasta afrontar la realidad del ejercicio profesional. El concepto de medicina basada en la evidencia científica debe dejar paso a un nuevo modelo, el de la medicina basada en los valores. Valores científicos, técnicos y humanos (de carácter afectivo y emocional) que ofrezcan la mejor atención sanitaria a pacientes, preservando su salud y su vida, pero respetando su dignidad. Así, los profesionales médicos podrán dar respuesta al compromiso y exigencias que la sociedad demanda al concederles el privilegio de su confianza. Con ello avanzarán hacia la excelencia profesional (3).

Sin embargo, la realidad del ejercicio profesional es, a veces, difícil ya que está sometida a tensiones derivadas de los diferentes valores que entran en juego en la toma de decisiones complejas. Las decisiones en términos de salud que se adopten deben ser las mejores posibles para el paciente y sus circunstancias particulares, sin olvidar que en nuestra sociedad todas las personas tienen el mismo derecho a una atención sanitaria de calidad.

Este planteamiento debe considerar también el principio bioético de la justicia distributiva. Como los recursos son limitados, los médicos y gestores sanitarios contraen la responsabilidad social de distribuirlos equitativamente. Este comportamiento «ético» confiere legitimidad social a los profesionales de la medicina y también a los responsables políticos de organizar la atención sanitaria (3).

Pero la ética común, por sí sola, no es suficiente para ordenar la profesión médica y la relación asistencial con sus pacientes. Existen unos deberes morales que obligan al médico, que se convierten en derechos de los pacientes. Los profesionales de la medicina, como garantes de sus pacientes, tienen la obligación de conocerlos y ponerlos en práctica mediante una buena praxis. Es decir, deben asumir unos estándares de calidad ética que les comprometen directamente y así compensar la asimétrica relación con sus pacientes. Se trata de una exigencia de la sociedad en contraprestación a la confianza que les presta.

Esos estándares éticos vienen recogidos en el Código de Deontología Médica, promulgado por la Organización Médica Colegial (OMC), cuyo carácter público y social reafirma el compromiso de la profesión médica con la sociedad. Uno de los aspectos clave de la colegiación universal es el control deontológico de profesionales médicos. Ninguno puede quedar al margen del mismo pues eso perjudicaría a los pacientes y ciudadanía (pacientes en potencia). Al tratarse de normas de obligado cumplimiento en las que se enmarca la actividad de los médicos, se han codificado sólo aquellas conductas y situaciones que pueden ser asumidas por la mayoría de ellos. El objetivo de las mismas es promover una buena práctica médica regulando el patrón de comportamiento de los profesionales. Singularizan así nuestra profesión y crean en la sociedad expectativas sobre el control al que está sometida la conducta profesional médica. Por tanto, trascienden a ellos mismos para beneficiar al conjunto de la sociedad, ya que permiten mantener unos estándares de calidad en la prestación de servicios, lo que hoy se denomina excelencia profesional. La praxis médica se ve así revestida de un *ethos* profesional (4,5).

Cuando un profesional médico infringe alguno de los preceptos deontológicos contrae una responsabilidad que puede ser sancionable como falta disciplinaria mediante el procedimiento regulado en los Estatutos Generales de la OMC, aprobados por el Real Decreto 1018/1980, y los Estatutos particulares de cada Colegio de Médicos, basados en aquellos. El hecho de otorgarle rango de norma jurídica pone de relieve la importancia que la sociedad concede, por medio de sus representantes políticos, a la profesión médica.

La deontología se eleva a la categoría legal mediante otras normas jurídicas de ámbito nacional, autonómico y europeo, así como por doctrina jurisprudencial. Así, la sentencia 219/1989 del Tribunal Constitucional señala que las normas de deontología profesional no constituyen simples tratados de deberes morales, sino que determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados y responden a las potestades públicas que la Ley delega a favor de los Colegios profesionales para ordenar la actividad profesional, velando por la ética y la dignidad profesional y por el respeto a los derechos de los particulares. Además, los preceptos deontológicos tienen también un significado jurídico pues constituyen una forma de *lex artis* codificada, un conjunto de cánones de conducta y elementos de referencia al que los Tribunales pueden y deben acudir cuando se trate de determinar el alcance del deber de prestación a cargo del médico. De todo ello se

desprende la importancia de las normas deontológicas, que se convierten en preceptos de carácter obligatorio y son tenidas en cuenta por los jueces (6).

Por tanto, uno de los objetivos primordiales de la OMC es la promoción y desarrollo de la deontología profesional, que juega un papel fundamental en la autorregulación de la profesión médica y contribuye a la excelencia de la actividad asistencial.

## Bibliografía

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Madrid, 2010. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesionalismo.pdf>
2. Gracia D. Nuevos desafíos en la ética de las profesiones sanitarias. En: Gracia D, editor. Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. Madrid, Triacastela, 2004, pp. 279-302
3. Hernández Jerez A. Valores y principios de la profesión médica. Andalucía Médica (Granada) nº 119, Noviembre-Diciembre 2016, p. 30
4. Hernández Jerez A. Comisiones de deontología: un pilar fundamental a potenciar Andalucía Médica (Granada) nº 96, Enero-Febrero 2013, p. 20
5. Hernández Jerez A. Gestión deontológica de la profesión médica. Andalucía Médica (Granada) nº 87, Septiembre 2011, p. 16
6. Hernández Jerez A. Normas deontológicas: una *lex artis* codificada con relevancia jurídica. Andalucía Médica (Granada) nº 90, Enero-Febrero 2012, p. 17

# Cómo ser médico hoy.

## Una reflexión

### Rafael Urquiza de la Rosa

Catedrático Acreditado de Otorrinolaringología  
Universidad de Málaga  
Exjefe del Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital Clínico de Málaga  
Director Área de Otorrinolaringología  
Empresa Pública Hospital Costa del Sol

### Introducción

Hoy día, clásica imagen del médico parece difuminada, incluso para los propios médicos, especialmente los jóvenes. De hecho, su papel parece haber cambiado en la forma, y nos podemos encontrar distintas visiones de lo que debería ser un médico, dependiendo del entorno social, ámbito profesional, edad, e incluso enfoques ideológicos o religiosos.

La imagen del médico actual, es la de un profesional liberal con una actividad profundamente humana, presionado a diario por un entorno laboral nuevo y frecuentemente hostil, que muchas veces no sabe bien reconocer la importancia de su papel y termina viviendo algunas paradojas. Pretende estar muy cercano al paciente, pero ha perdido autoridad; conoce el más mínimo detalle de su constantes biológicas, pero desconoce el impacto psicológico de la enfermedad y el entorno de su paciente; usa más y mejores aparatos, pero habla menos con él; pretende curar la enfermedad, pero se olvida del alma; tiene cada vez más información y más protocolos, pero menos tiempo para reflexionar sobre tratamiento adecuado; está más presente en los medios de comunicación, pero tiene menos peso social. En resumen, presionado a diario por su entorno, no encuentra su camino como profesional liberal e intelectualmente independiente y se convierte en un asalariado más, una pieza impersonal de la maquinaria sanitaria. Ya no sabe bien cómo debe ser. Y por ello, cómo enseñárselo a los más jóvenes.

Como respuesta inconsciente a esta necesidad, más o menos definida, aparece recientemente un ámbito de la formación médica al que se le endosa el nombre de *profesionalismo*<sup>3</sup> que pretender dar una respuesta «técnica» al problema. Pero el término es un desacierto (por decirlo elegantemente) pues, independientemente de traducir sin más el homólogo inglés (*professionalism*<sup>4</sup>), socava, como veremos, la esencia misma del

---

<sup>3</sup> *Profesionalismo: cultivo o utilización de ciertas disciplinas, artes o deportes, como medio de lucro*. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua; 2017.

<sup>4</sup> *Professionalism: the competence or skill expected of a professional; the key to quality and efficiency is professionalism*. Oxford English Dictionary; 2017.

acto médico que no puede ser el lucro. Y así, como no se trata de un asunto técnico, el problema sigue y puede seguir sin resolverse.

Ante esta confusión, muy evidente en nuestro país, se hace necesaria una visión clara de lo que debe ser un médico hoy, y cómo debe afrontar los restos de su entorno.

Se me ha pedido tratar este asunto crucial y como docente médico desde hace más de 35 años, me veo moralmente obligado a exponer mi visión honestamente. En realidad, me vengo preocupando desde hace mucho tiempo por este asunto, y ahora presento una visión personal y limitada, que solo pretende ser una modesta contribución a un problema serio y profundo. No obstante, debo manifestar que en estos años he trabajado honesta y largamente desde perspectivas dispares, escuchando atentamente a colegas de referencia, estudiando algunos artículos y textos, tratando siempre de ser objetivo, pero sobre todo práctico. También me esforzado constantemente en la mejora de mi propia labor clínica para que sea coherente con la visión que he ido perfilando a lo largo de este camino personal. Como contrapartida a mi esfuerzo, he aprendido mucho de lo que debe ser un médico al descubrir mis propias limitaciones y tratar de superarlas.

Esta modesta reflexión va dirigida a quienes de forma sincera buscan las claves para vivir la medicina en plenitud y encontrar un lugar digno en su profesión. Solo pretende, humildemente, hacer entender lo que ocurre y porqué ocurre, y ayudar así durante su propia trayectoria para que puedan llegar a sentirse profunda y verdaderamente médicos.

## La esencia del acto médico

Para encarar la situación de la medicina y la situación profesional que he esbozado, la solución está, en mi opinión, en recuperar la esencia de la labor médica para aplicarla en el entorno actual.

La conducta del médico debe nacer de esa esencia y los preceptos ancestrales de sus actos, que trataremos ahora, derivan de también de ella. Este sería el mensaje principal de este artículo. Pero, fuera de formalismos: ¿cuál es la esencia de la profesión médica?

El acto médico es un acto profesional muy especial porque se basa en un postulado sutil pero esencial que lo diferencia de otras actividades profesionales o comerciales. Se fundamenta en la prioridad del servicio sobre sus consecuencias económicas. Su fin «no es el lucro». Esto es clave, porque el objetivo es la prestación del servicio, la ayuda al paciente y no la obtención de un beneficio. De hecho, muchas actividades médicas requieren un gran esfuerzo y costos que no se compensarán económicamente ni con la curación (c. paliativos, etc.). Sin embargo el médico nunca ha tenido reparo en acometerlos, a sabiendas de ello. Son económicamente ruinosos pero moralmente inexcusables. Esta es la gran diferencia con otras actividades o profesiones totalmente lícitas y legales, pero que tienen en primer lugar el objetivo económico, el lucro. Los aspectos económicos de la medicina, siendo muy importantes hoy día, son solo consecuencias de la actividad y no su objetivo. De aquí la importancia dignidad y reverencial respeto que la medicina y el médico han tenido siempre.

Partiendo este fundamento, la esencia del acto médico contiene, en mi opinión, tres elementos fundamentales: vocación, conocimiento científico-técnico y auténtica comunicación médico-paciente. De ellos derivan requisitos generales y a su vez preceptos aplicativos.

Se habla mucho de cómo ejercer la medicina, pero lo primero que debo decir es que la medicina no solo se ejerce, se vive. El médico auténtico vive para ella, con ella y de ella. La medicina, como decía un compañero, se convierte en un miembro oculto de la familia que nos ocupa más tiempo de la jornada laboral oficial. A veces se acuesta con nosotros y perturba nuestro sueño, hurta tiempo a nuestros hijos u oculta otras preocupaciones. Si esto no ha ocurrido nunca, no es medicina, no se vive, es otra cosa. La dedicación es completa y dura toda la vida. Es duro, pero es así, y de ahí le viene su dignidad y grandeza. Por eso para abordar este gran reto vital, el médico necesita un plus de motivación, un impulso íntimo que le permita asumir los sacrificios, algo que le distingue de otras profesiones, una fuerza interior: la **vocación**. Si no se tiene, es mejor dejarlo, porque el sacrificio no está al alcance del que busca una vida cómoda y sin preocupaciones, y se convertirá en un pseudo-médico. Esta «vocación» es más importante que las calificaciones y explica el mayor éxito en la vida real de algunos médicos frente a otros técnicamente mejor preparados.

¿Pero qué es la vocación realmente? Me he preguntado muchas veces cómo explicarla. No es fácil porque hay que sentirla y pertenece a la profundidad del alma. Podría decir la que la vocación es una llamada interior a la compasión por el enfermo. Es un impulso no racional y desinteresado, un impulso de generosidad y compasión (en su más noble sentido). Si uno no siente la necesidad de ayudar, si no se compadece, es difícil que pueda curar al paciente. Podrá sanar su cuerpo, pero no el impacto de su enfermedad, ni aliviar alma, pues muchas enfermedades son manifestaciones físicas de enfermedades del alma y otras hacen el recorrido inverso. Desgraciadamente, no tenemos un instrumento de medida de la vocación para seleccionar a un alumno o a un médico, pero esta medida sería más importante que una nota media o una acreditación. Lo positivo es que, contando con ella, el resto se hace para el médico sencillo y natural.

La vocación es pues el primer elemento de la esencia del médico, una íntima llamada a la compasión y un acto generosidad. Y el enfermo lo reconoce inmediatamente.... Esto le convierte en un individuo distinto. Podríamos decirlo coloquialmente así: «cualquiera puede ser médico, pero el médico no puede ser un cualquiera».

El segundo elemento esencial, es saber: **conocimiento científico-técnico**. Una vez que acepta esa llamada, el médico se da cuenta de la necesidad de una educación científico técnica. Esta educación altamente especializada no es raro que dure tantos años (más de 10 años, la básica) y requiera tanto esfuerzo a lo largo de toda la vida. Esto constituye, no solo un requisito para el ejercicio, va más allá, es una responsabilidad personal del propio médico. Tampoco son suficientes unas certificaciones reguladoras de las instituciones implicadas en la formación continuada, etc., el impulso debe nacer de uno mismo buscando ofrecer lo mejor de la técnica a su paciente. Requiere pues un sacrificio constante de tiempo y esfuerzo, es un nuevo acto de generosidad del médico que nunca termina su preparación. Un acto de humanidad expresado científicamente.

El tercer elemento esencial es una **auténtica comunicación médico-paciente**. Pero no puede haber comunicación verdadera, si no hay afecto, porque la comunicación auténtica va de alma a alma. Solo así podemos conocer quien es nuestro paciente, lo que siente y lo que necesita. Pero la comunicación implica una actitud humilde, un sentimiento de igualdad ante aquel que comparte la misma condición humana. Y, paradójicamente, es esta actitud, la que, sin quererlo, nos coloca en una posición de autoridad y respeto ante nuestro paciente. Una posición que, lejos del paternalismo, es absolutamente necesaria para ayudar eficientemente. Y, sin saber explicarlo a veces, el enfermo lo siente....

Como vemos los tres principios inspiradores esenciales nacen de la misma fuente.

En lo referente a la labor diaria, el acto médico se basa en unos preceptos aplicativos ancestrales que deben determinar su conducta y que expongo jerárquicamente.

1. No maleficencia, (*primum non nocere*)
2. Beneficencia, (*deinde, benefacere*)
3. Cuidado integral de la enfermedad (físico y psicológico),
4. Respeto a las creencias y convicciones del paciente,
5. Respeto a las propias convicciones
6. Personalización de los actos médicos
7. Cooperación con otros colegas y profesionales

El **principio de no maleficencia** es el más importante jerárquicamente, pero no se recuerda como debiera. Cualquier interferencia con un sistema biológico tan delicado como el ser humano, tiene efectos a muchos niveles y poco predecibles. La iatrogenia es más fácil de lo que pensamos, y hacer daño buscando el bien, es más frecuente de lo que parece. Especialmente, la profusión de nuevas soluciones técnicas a los problemas (terapias génicas, dispositivos electrónicos y robóticos, biomateriales, células madre, etc.) insensible e inmediatamente nos induce a su aplicación en bien del enfermo. Por otra parte, la organización de la actividad clínica en forma de cadena de producción que termina muchas veces en actos terapéuticos, induce a ellos imperceptiblemente. Sin embargo, en muchos casos la completa inocuidad de estas técnicas puede no estar probada o suficientemente valorada, o incluso su aplicación puede ser directamente promovida por intereses económicos velados. Por todo ello, este precepto es importante y uno de los objetivos del médico actual consiste en hacer solo lo seguro y necesario, evitando actos peligrosos o inútiles. De aquí el desarrollo de un área médica importante y relativamente nueva como la Seguridad del Paciente y las Agencias del Medicamento y Tecnologías Sanitarias, muy potentes en otros países (FDA americana, etc.). La aplicación práctica de este precepto conlleva conocimiento de los riesgos, experiencia en la toma de decisiones y una cierta frustración de decir «no» a un paciente. Curiosamente, siendo el primero jerárquicamente, solo suele aplicarse bien tras años de experiencia.

El **principio de beneficencia** es el motor de la medicina. Es nuestro objetivo obtener un beneficio para el paciente. Para alcanzarlo el profesional debe adoptar una postura científica y honesta ateniéndose en sus decisiones y juicios a una medida objetiva del beneficio. Esta información debería incluir tres tipos de medidas: efectividad funcional, mejora de la calidad de vida y satisfacción. Por tanto, para el médico de hoy estas medidas

son claves y hay que aprender a distinguir claramente entre lo que el médico propone, la efectividad real a distintos niveles y la mejora percibida por el paciente. Las pruebas ligadas a ellas son inexcusables y nos permitirán decidir sobre la pertinencia de un acto terapéutico o la elección entre varias opciones. Obviamente, estas medidas deben hacerse científicamente, y no podemos aceptar únicamente pruebas de satisfacción en caliente de pacientes porque no son técnicamente aceptables, ni moralmente válidas. Desgraciada e indeseablemente, esto es la regla en mucha de la publicidad de productos médicos escasamente controlada por la administración, hoy por hoy. Todo lo anterior tiene como consecuencia inmediata para el médico actual la necesidad de formación en esta área científica y la reflexión sobre sus propios resultados, área que se convierte en un pilar de la medicina actual y futura. La administración sanitaria, consciente de la importancia para la regulación del Sistema Sanitario de este asunto, ya ha creado Agencias con esta misión, como la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad Andaluza. Finalmente, el profesional tiene obligación moral de compartir esta información clave con sus colegas (especialmente cuando el acto médico ha fracasado). Hablaremos de ello más adelante.

El **cuidado integral** del enfermo es otro precepto del acto médico. Está demostrado científicamente que la enfermedad tiene unos componentes físico y psicológico de igual magnitud. No podemos olvidar esto en el cuidado. Desgraciadamente una asistencia integral requiere tres cosas: penetración psicológica del médico, comunicación efectiva y tiempo. No vale solo una asistencia puramente técnica y en lo puramente físico. No vale el «modelo Dr. House» que además ni es cierto, ni funciona en la práctica real. Hay que implicarse tanto en el tratamiento del problema orgánico como del componente psicológico.

Respecto a **respetar las creencias y convicciones del paciente**, ante la multiculturalidad y multiconfesionalidad florecientes en nuestro medio, observar este precepto se está convirtiendo en algo indispensable y de aplicación frecuente. Tenemos que extremar la sensibilidad en este asunto e informarnos en lo posible los aspectos de otras culturas y confesiones que afectan a nuestra actividad, especialmente, el ámbito de acción del médico en ellas. Por ejemplo, es común no conocer que el médico tiene autoridad suficiente para interrumpir el ayuno durante el Ramadán prevaleciendo su decisión por encima del imán.

Sin embargo, debemos guardar un profundo respeto también a **nuestras propias convicciones** que pueden verse amenazadas por un supuesto avance o técnica e incluso por los propios actores (pacientes, administración sanitaria, etc.). El médico tiene el derecho y la obligación de ejercer la medicina dentro de los límites de su conciencia.

Otro aspecto de gran importancia que requiere especial atención actualmente, es el **trabajo en equipo**. El médico en su difícil lucha contra la enfermedad siempre ha tenido al lado a sus colegas. Así, por ejemplo, desde el siglo XIX hasta comienzos del XX las llamadas «consultes» eran uno de los métodos estructurados de colaboración. Éstas se hacían en la casa del propio paciente, congregando el médico de familia a distintos especialistas en el problema en cuestión que examinaban al enfermo, discutían el caso entre ellos y proponían un tratamiento que el médico de la familia se encargaba de comunicar a la misma. Esa consulta con otros profesionales era algo reglado y normal, el

precedente de la sesión clínica hospitalaria. El médico de familia jugaba un papel clave, seleccionado a sus colegas según su experiencia y dirigiendo la comunicación con la familia. Después, con los grandes hospitales, llegaron las sesiones clínicas y las anatomoclínicas, etc. Con esto quiero ejemplificar el hecho de que el médico ha trabajado siempre en equipo, de una forma u otra según el momento.

En la medicina de hoy, la especialización es tal que el trabajo en equipo no es una opción, es una necesidad. Por ello el médico de hoy debe prepararse para ello. Y suele dar por hecho que ya sabe, lo que no es así en la mayoría de las ocasiones. Como comentaba con uno de mis colegas más jóvenes, no existe una materia que se llame «trabajología», ni un tema que se llame «equipología», pero debería haberlos, porque lo usual es que se va aprendiendo durante el camino, es decir tarde, y sobre demasiados errores. El problema puede nacer de la frecuente actitud individualista del médico, impulso frecuente en nuestro medio que debemos ayudar a moderar. Muchos problemas actuales del ejercicio derivan de ello y propondré más adelante algunas recomendaciones e ideas para aplicar a la práctica que, aunque parezcan obvias, realmente no suelen estar interiorizadas, ni se aplican bien. Todo ello justifica una formación transversal adicional, aboradada en algunos capítulos de este documento con mayor profundidad y detalle.

## El entorno del médico hoy

Que, en general hoy, una gran parte de colectivo médico esta abrumado y confundido y a veces desmotivado, es un hecho. Pero, ¿qué ha producido este estado?

En mi opinión, el estado actual del médico en nuestro medio es principalmente resultado de cinco factores:

- a. la invasión tecnológica en distintos ámbitos (tecnología propiamente médica, tecnología de la información y comunicaciones, principalmente) con los cambios de paradigma profesional y social asociados  
los procesos de «socialización de la medicina» promovidos en el viejo continente iniciados el siglo pasado
- b. un proceso lento pero progresivo paralelo al anterior de «mercantilización» de la medicina derivado de los anteriores e impulsado por intereses políticos y económicos.
- c. la escasez progresiva de «auténticos líderes» profesionales que reconduzcan el camino, en favor de «líderes de opinión» con misiones interesadas o puramente técnicas.
- d. las carencias de una «formación ética sólida» en de muchos colegas que, deslumbrados por las posibilidades de la tecnología, se olvidaron de la auténtica esencia de su misión.

Como vemos, unos son circunstanciales, derivados del cambio del entorno, y otros han sido introducidos deliberadamente en la práctica médica. Profundizaremos en ellos ahora.

Frente a esta situación, los profesionales han evolucionado en dos sentidos opuestos. Un colectivo mayoritario, ha tenido la reacción, lógica aunque inútil, que hemos mencionado

ya. Pero hay otro pequeño grupo que ha evolucionado de forma distinta, mas positivamente. Se trata precisamente de un colectivo que ha respondido ante las dificultades profundizando en la esencia del médico, centrándose en sus pacientes y aumentando su esfuerzo, su sacrificio y todo ello calladamente. Son pocos, pero son buenos modelos. No obstante, han estado demasiado callados ante la situación y no han adoptado una actitud luchadora que, apoyada en su autoridad, podría haber dado ya frutos positivos. Analicemos pues el entorno que ha generado estas respuestas.

Respecto a la «**explosión tecnológica**», el médico se ha visto «deslumbrado y entusiasmado» pero al mismo tiempo «agobiado». El desarrollo de los ordenadores, ha impulsado tanto en la tecnología propiamente médica (herramientas diagnósticas y terapéuticas), como la tecnología de la información y las comunicaciones (SMS, móvil, Internet, correo electrónico, bancos de datos de imágenes, etc.), ambas clave en medicina porque afectan a lo que se hace y a cómo se hace. Esto ha colocado los computadores en el centro de la actividad del médico actual, desplazando otros instrumentos tradicionales. En especial, desplaza sibilinaamente al instrumento más potente que tiene el médico para conocer a su paciente: la silla, es decir, la comunicación oral y el contacto visual. Los dispositivos tecnológicos nos pueden ayudar mucho, pero nos pueden separar físicamente del paciente, lo que es un error en una actividad basada en relaciones humanas. Y el enfermo lo detecta y termina reclamándolo de una forma u otra porque lo necesita.

Además, todos estos medios potencian la parte técnica del acto médico y mejoran la administración de cuidados, pero ocupan tiempo, tiempo que se destinaba a la relación personal con el paciente. Y el tiempo que se hurta a esta relación es tiempo frecuentemente perdido. No hay duda que los nuevos sistemas de comunicación están cambiando el paradigma de la comunicación con el paciente y este es un asunto muy delicado que hay que tratar con gran inteligencia para evitar esos efectos.

Por otra parte, la medicina ofrece hoy afortunadamente soluciones tecnológicas insospechadas hace tan solo 30 años, pero algunas de ellas le plantean al médico problemas éticos nuevos, que requieren una respuesta inmediata, dado lo perentorio de algunos problemas. Esta respuesta exige conocimiento tecnológico y formación bioética, es decir áreas educativas que el médico de hoy no puede eludir.

Por otra parte, estos medios se han ido integrando en el currículo de los estudiantes y en la formación continuada siempre con retraso, a golpe de plan de estudios o de cursos de formación en Colegios Médicos, Instituciones, etc. Pero esta formación peri-médica supone una gran carga en la educación del médico actual, que puede ser enorme e incluso inasequible para algunas generaciones que nacieron en la era pre-informática.

En síntesis, la tecnología se ha convertido en una «bendición» potenciando la acción del médico y las soluciones para sus pacientes, pero también una «amenaza» que le abrumba, le sobrecarga y le separa con frecuencia de ellos. El resultado es que muchas veces el médico intuye que se está alejando de su auténtica misión, pero no sabe bien cómo enfrentarse a este problema.

Otro factor clave en la actual situación del médico en nuestro país ha sido el proceso de «**socialización de la medicina**». Antes de continuar, debo decir que, a pesar de cualquier

crítica, me reafirmo inequívocamente claro defensor de la Medicina Pública porque la considero, junto a la Educación, auténtico eje vertebrador de la justicia y el bienestar propios de la sociedad a la que aspiro. Soy un médico que proviene de la segunda promoción MIR del país y que he ejercido la medicina hospitalaria desde el primer al último escalón técnico (no político) y lo mismo ha sido en mi actividad universitaria. Además, lo he hecho en distintas instituciones españolas y extranjeras: hospitales, universidades e incluso órganos ministeriales. Por ello, creo, honestamente, tener una perspectiva temporal, institucional y profesional amplia, y no pertenezco a ningún partido político que pudiera sesgar mi opinión. Soy, simplemente, un médico con experiencia suficiente.

La medicina siempre a ha tratado a todos los hombres por igual y ha procurado proveer de atención a todos. Como los actos médicos tienen de forma natural consecuencias económicas y la medicina es costosa, el médico buscó siempre fórmulas para la atención a los desfavorecidos y, hasta comienzos de siglo XX, ésta se hacía a través de la beneficencia, administrada personal y anónimamente por el médico, u organizada en hospitales públicos de beneficencia. Esto funcionó así en España y otros países hasta mitad del siglo XX. Una excepción fueron los países nórdicos que se adelantaron en el proceso de socialización profundamente. Afortunadamente los estados avanzaron y sus gobiernos crearon el derecho a la atención médica, y en la España de Franco nació de forma incipiente un proceso de socialización de la atención médica para dar cobertura a los trabajadores a través de la llamada «Seguridad Social». Posteriormente con el gobierno socialista de Felipe González, ya en democracia, la cobertura se amplió de forma universal, lo que supuso un gran avance social. Se potenció también la red de hospitales públicos. Sin embargo, la puesta en práctica de este proceso no se realizó de forma armónica, ni se acompañó del necesario proyecto económico de sostenibilidad y, lo que es peor, no contó con los actores principales: los médicos. Los efectos económicos de esa carencia empezaron a notarse y la atención médica (que es una inversión en la salud de la población) empezó a considerarse una carga: el gasto sanitario.

En nuestro país, muchos médicos prestigiosos e independientes protestaron, pero las posiciones políticas de otros, formalmente en contra del potente poder político mayoritario, les ataron las manos y les invalidaron. El poder político reaccionó contra los médicos, la despectivamente llamada «clase médica», y el resultado es que las posiciones interesadas de diversos grupos por razones ideológicas, políticas o económicas, se esforzaron en mermar la autoridad moral y la bien ganada influencia social del médico. Y aquí se inició un proceso de acoso al médico, primero consciente y luego «asumido naturalmente» por todos, cuyos efectos perduran. Este acoso ha transformado al médico, profesional liberal e independiente social e intelectualmente, en un «médico empleado». Este empelado pierde la necesaria libertad para tomar sus decisiones clínicas y usar su tiempo, se le exige para progresar, en su carrera una dedicación exclusiva al organismo correspondiente (siempre la ha tenido a su profesión) y se va disminuyendo progresivamente el poder adquisitivo de su salario (más de la mitad actualmente respecto los 80's), con lo cual queda completamente atado por razones económicas. Esto termina por hacer peligrar su autoestima y le somete a una presión psicológica y mental que pone en riesgo su salud (frecuentes *burn-out*, etc.). La pérdida de autoridad y prestigio social se agravan hasta el punto de que el respeto reverencial del pasado se ha transformado en

des-personalización o incluso agresiones que recientemente se han disparado. Lamentable situación.

En paralelo, los problemas presupuestarios inician sutilmente un proceso de economización de la atención médica, que la convierte en un «mercado», dando perversamente prioridad a los aspectos económicos de la sanidad, es decir una «**mercantilización de la medicina**». Este nuevo mercado se convierte rápidamente en nuestro país en objetivo de intereses económicos, como las empresas del sector sanitario, las compañías de seguro médico, etc., como ocurría ya en algunos países (EEUU, p.ej.). Este proceso, al transformar las «consecuencias económicas» en «objetivos económicos», constituye una sutil pero profunda perversión y un ataque a la más pura esencia del acto médico.

Por otra parte, los gestores sanitarios (frecuentemente de perfil político) en su afán por maximizar la eficiencia de sistema y sin tener en cuenta los condimentos esenciales del acto médico, acortan sin cesar los tiempos de atención al paciente, los recursos materiales y los sueldos de los médicos, que ven degradarse su trabajo y su dignidad.

De esta forma, la implementación universal del derecho a la atención médica (la salud que es un don) que el médico siempre protegerá, y que constituye un gran avance del bienestar y la justicia social, ha conllevado ciertos efectos muy perversos. En resumen, ha favorecido indirectamente la mercantilización, ha creado una cultura de gasto sanitario frente a inversión en salud, ha deteriorado ciertos aspectos de la asistencia (masificación, problemas de acceso y/o calidad en distintas áreas) y, sobre todo, las condiciones de trabajo y dignidad del médico. Y ya en los últimos meses estamos viendo los primeros estallidos de esta presión contenida.

Otro factor del entorno médico actual es también la escasez de «**auténticos líderes**» profesionales, en favor de otro tipo: los «líderes de opinión». Los primeros nos muestran el panorama con claridad y promueven valores con su propio ejemplo. Nacen de forma natural y son imprescindibles para reconducir el incesante avance tecnológico hacia el bien del paciente, del médico y la sociedad. Los segundos son promovidos intencionalmente por grupos con fuertes intereses, principalmente económicos (empresas médicas) o políticos, y se dedican a propagar tecnologías y/o ideologías de todo tipo para manipular la opinión del colectivo. Son realmente una lacra peligrosa porque intentan limitar el pensamiento libre e independiente que necesita un profesional con una misión de gran carga ética y además confunden a todos los que inocentemente no están alerta. Asimismo, utilizan perversamente la economía, favoreciendo a sus adeptos con prebendas que administran a través de la industria, etc., cerrando un círculo tan nefasto éticamente, como intelectualmente alineado y alienante.

En este panorama, presionados por la tecnología, la economía y con escasos referentes, los médicos jóvenes que comienzan sus carreras frecuentemente postergan su **formación ética**, clave en este momento. Tienen mucho que aprender, pero no saben cómo posicionarse éticamente para aplicar lo aprendido, dejando en manos del azar o de líderes de opinión, su propia responsabilidad. Además, hay que entender que la formación no es solo cuestión de asignaturas, ni cursos, ni másteres, es cuestión de ejemplos, de médicos que aplican cada día en la práctica rutinaria el profundo compromiso de la acción médica.

Porque es en este ejemplo y el diálogo sincero entre colegas, donde se despiertan los valores y se consolidan los cimientos de la acción del médico. Crecer profesionalmente en esta atmosfera, manteniendo la necesaria independencia, es una labor verdaderamente titánica que hace que muchos colegas, especialmente los más jóvenes, no soporten la presión y claudiquen, entrando en una rueda de desmotivación, frustración y funcionarismo.

Realmente, si preguntamos hoy a nuestros colegas, la gran mayoría aborrece muchos aspectos del entorno actual, como la influencia política, la absurda y agobiante presión en su trabajo y la mercantilización de la medicina. Sin embargo, rebelarse ante esta situación, en una sociedad con una crisis profunda de los valores y un relativismo arrasante, hace que el médico, especialmente en España, con una antigua y bien ganada influencia social (tan peligrosa para cualquier poder), haya sido visto como una clase, y combatido hasta la extenuación. Por ello, las voces aisladas discordantes han sido metódica y sistemáticamente marginadas. Y finalmente, este cambio del entorno, ha conducido a nuestros médicos al punto de crisis. Esto es el origen real de la reciente protesta masiva en la comunidad andaluza, sofocada por ahora. Es sorprendente que en un contexto donde los políticos sacan pecho de nuestra sanidad pública, la ciudadanía, los médicos, los pacientes, los sindicatos, los colegios profesionales, asociaciones y otros agentes sociales, coincidan tanto y en tanta insatisfacción. Honestamente debo decir que para mí no ha sido una sorpresa, es más bien la punta de un iceberg que se ha venido fraguando durante tres décadas de evolución falta de rigor, sobrada de política, y olvidada de la esencia de la profesión médica. Y, si no se corrige a tiempo el rumbo, este iceberg puede hundir lo que parecía el buque insignia de una discutible sociedad del bienestar.

Pero también habremos hecho algo mal los médicos. En mi opinión, aunque todo está interrelacionado, **el médico actual no ha reaccionado ni con las ideas claras, ni el valor necesario frente estos retos**. En general diría que ha sucumbido, se ha olvidado de su propia misión, sus valores y su conducta, y se ha convertido en un empleado automático de la maquinaria sanitaria. Algunos incluso, creyendo justificarse con la absurda agresión que sufren, han adoptado un comportamiento que raya con lo indigno, eludiendo responsabilidades, racaneando en el horario, alejando su centro de gravedad del paciente y aceptando el reinado de la economía, es decir el valor sumo del dinero en la medicina. Se ha limitado a protestar cuándo y cómo no debía: lo que llamo “protestar a las 13’30” (cuando debería estar trabajando). Lamentable.

Sea como fuere, llegados aquí, nos preguntamos: ¿Cómo solucionar la desorientación y enderezar el camino?

Substancialmente, creo que **el médico de hoy solo tiene que ser lo que ha sido siempre, pero en un entorno distinto**. Solo tiene que recuperar su propia naturaleza, la prístina esencia de su labor y aplicarla en el entorno tecnológico, económico, social, político y organizativo que le ha correspondido. Y debe hacerlo críticamente, con la mente clara, conociendo esta esencia de su misión y comprometido firmemente con ella, es decir siguiendo su «vocación», olvidada en los ámbitos técnicos de la medicina y sin la cual nunca se puede ser un médico auténtico. Suena duro, pero es cierto, porque la medicina, como le oí decir a un Profesor, «*es una profesión dura, pero tiene que serlo*» porque trata con el dolor humano y el esfuerzo del médico. Así pues, a pesar de gran cambio del

entorno, creo que «ser médico» no ha cambiado en su esencia, lo único que ha ocurrido es que quizá los médicos hemos olvidado con frecuencia de ello.

Respecto a los **avances tecnológicos**, creo que la actitud del médico debería guiarse por cuatro preceptos.

En primer lugar, el médico tiene la **obligación moral de conocer la tecnología** disponible. No hay excusa ni justificación para no intentar formarse y conocer lo que pueden ofrecer las nuevas tecnologías porque pueden ayudar al paciente y mejorar la asistencia sanitaria.

En segundo lugar, y como he dicho anteriormente, el médico debe preguntarse si una tecnología le está separando del contacto físico y verbal con el paciente. Si es así, debe evitar o reconducir su uso porque la relación personal con el paciente es la base y la prioridad del acto médico. **Todo avance tecnológico que nos separa al paciente es un error, o está erróneamente aplicado.** Si el ordenador evita que nuestras miradas se crucen, lo estamos usando mal. Si un instrumento sustituye a una conversación con el paciente, lo estamos usando mal. Si un documento magníficamente impreso sustituye a una explicación tranquila, es prácticamente inútil para la curación. Ninguna tecnología, maquina, instrumento o papel, nada material puede sustituir la presencia, la palabra y el cuidado amorosos de un médico. Y los pacientes lo saben, y lo buscan, aunque a veces puedan no ser conscientes de ello.

En tercer lugar, el médico debe **ser crítico con el valor real de la tecnología** y con los intereses económicos que envuelven muchos avances que aparecen en el mercado. Esto requiere un esfuerzo adicional para analizar en profundidad, tanto el valor añadido médico de la propia tecnología, como el valor añadido socioeconómico que aporta, y si lo aporta al paciente, a la sociedad o a otros intereses. Los que llevamos años ejerciendo la medicina sabemos bien que muchas tecnologías y terapéuticas emergentes comienzan con un boom, indicándose en exceso, y terminan reduciendo su aplicación a unos pocos problemas muy concretos o incluso desaparecen del mercado. Y todo era resultado del interés económico desmedido de las firmas y distribuidores, apoyados en las ansias de notoriedad de algunos colegas que se convierten en falsos líderes de opinión, manipulados por las compañías farmacéuticas, electromédicas, protésicas, etc., para apoyar y vender sus productos.

En cuarto lugar, el médico inteligente debe estar alerta para evitar quedar atrapado en lo que llamaré la «ensoñación tecnológica» que todo lo solucionará..., es decir, deslumbrado por las teóricas potencialidades de las tecnologías, esperando que sustituyan su propia responsabilidad diagnóstica o terapéutica.

Respecto a la **socialización de la medicina**, su actitud debería balancear dos responsabilidades.

Por una parte, creo que un médico debe apoyar todo proceso social o político que tienda a garantizar la asistencia o mejorar los cuidados de toda la sociedad. El médico debería estar, por naturaleza, esencialmente comprometido con la universalización de la asistencia. Hasta aquí su responsabilidad en este asunto porque, tanto la garantía de la

prestación universal y su provisión, como el acceso a la misma, son responsabilidades de la Administración, y constituyen realmente la «**gestión sanitaria**». Pero lo importante es cómo expresar ese apoyo, y esto nos lleva a la «gestión clínica». Como los recursos sanitarios son limitados y la cartera de servicios crece en dimensión y costo, estas responsabilidades abruman al político o administrador de turno que tienden a endosárselas al médico bajo el epígrafe de «gestión clínica», que es lo que está sucediendo. Sin embargo, la **gestión clínica** corresponde solo al nivel técnico, porque el aporte de los recursos necesarios es responsabilidad del político. Ésta debería limitarse al uso de los recursos materiales y humanos en el ámbito del acto médico, ámbito de nivel puramente técnico. El profesional de hoy tiene en este campo una necesidad de formación y una responsabilidad enormes, porque de él depende en buena parte la sostenibilidad del sistema sanitario. Además, la gestión clínica no es una responsabilidad exclusiva de los Jefes de las Unidades o los Servicios, es una responsabilidad de todo médico.

Esta responsabilidad viene determinada por los límites del acto médico e incluye **garantizar la calidad científico-técnica de la asistencia por encima de la eficiencia económica**, pues no debemos olvidar que los aspectos económicos son consecuencia y no objetivo. Dicho rudamente, nuestro objetivo en gestión clínica es: saber cuánto dinero se necesita para curar a nuestro paciente, y no cuantos pacientes se pueden curar con este dinero. Esto último escapa a nuestro ámbito y entra en el de la gestión sanitaria, en el de la responsabilidad política. Desgraciadamente la política ha alcanzado a la estructura interna de los hospitales. Ahora los responsables técnicos suelen tener perfil político, son nombrados por políticos, y se les encomienda responsabilidades de gestión sanitaria (qué hacer con el dinero que les dan). Estos responsables, que reciben una responsabilidad que no es suya, intentan a su vez repartirla con sus médicos, y así, todos los actores técnicos (médicos, etc.) terminan presionados por unas responsabilidades que deberían ser de otros.

El otro brazo de la balanza tiene que ver con lo particular, con cada paciente, y puede entrar algunas veces en conflicto con el primero. Así, en la asistencia socializada, el médico debe adoptar una postura fuerte para garantizar la calidad de los cuidados de cada paciente porque es su función prioritaria, y en segundo lugar favorecer en lo razonable y posible dentro de su ámbito, el acceso a la asistencia. El problema aparece cuando la Administración abrumada por problemas diversos (acceso a la asistencia, etc.) le fuerza a atender más pacientes y le quita la libertad de decidir sobre el uso de su tiempo, o limita sus condiciones de trabajo. Ante esta situación el médico debe reaccionar planteando una lucha activa, honesta, limpia y firme sobre las condiciones clínicas para proteger al paciente. Debería utilizar todos los medios formales legales a su alcance, canalizando su protesta preferentemente a través de los colectivos profesionales independientes (importante para la credibilidad) y usar los potentes medios electrónicos de comunicación, beneficiándose honestamente de su desarrollo actual, y evitando la debilidad y el peligro inherentes a una protesta exclusivamente personal y aislada. El médico actual debe considerar esta acción como una responsabilidad vital porque está protegiendo al paciente de injerencias políticas o económicas y favoreciendo la dignidad de su propio trabajo. Sin embargo, debe separar estas reivindicaciones con las económicas o materiales del colectivo, que son secundarias y deben estar, como lo están en el acto

médico, en segundo plano. Cualquier acción, debe estar fundada en una impecable autoridad moral, sin la cual no hay fuerza.

Respecto a la **mercantilización de la medicina**, la posición del médico no puede ser otra que un rechazo frontal. El fin no es el lucro. Por una parte, el médico tiene en la medicina su medio de vida y, como bien dice el Código Deontológico, tiene derecho a ser remunerado conforme a la importancia del acto médico prestado, su experiencia profesional, y condiciones especiales (incluidas las económicas del paciente), pero no puede convertir su trabajo en una mera transacción económica. Tampoco debería claudicar ante la importante presión de la industria médica, farmacéutica u otras, ofreciendo el lamentable espectáculo de los regalos, prebendas, etc. que son compras encubiertas de su voluntad. Ni mucho menos debe convertirse en un pseudo-líder o «líder de opinión» comprado por la compañía/s de turno, para manipular la opinión de colegas menos expertos. Me comentaba un profesor extranjero que en su país se les llama «show pony» porque van de feria en feria o congreso en congreso, exhibidos por su sponsor para «vender» un producto o una técnica: lamentable y humillante para la profesión. El médico también debería ayudar al Estado a través de la Administración, Colegios Médicos y Sociedades Profesionales, en la regulación normativa de estos asuntos, proporcionando información veraz, honesta y enfocada al beneficio del paciente. Puedo decir desde la simple perspectiva de mi propia especialidad que hay mucho trabajo por hacer en este campo por parte de todos.

Ante este panorama, el médico joven debe **buscar buenos líderes**. No están a la vuelta de la esquina, ni son los que más brillan. Hay que buscarlos trabajando con los pacientes; allí se encuentran. Son maestros de lo práctico y su ejemplo, más que su palabra, es el que los identifica y el que nos puede ayudar. Hay que admirar lo que es admirable, y no asumir la mediocridad. El problema es que los inexpertos sin un líder auténtico, sin falta de una referencia de excelencia, tienen poca capacidad de distinguir la mediocridad y caen en el peligro de convertirse en mediocres. Es un problema de referencias. Hay una clave para identificar a un líder: observar a nuestro propio corazón conmovido observando un gesto de compasión, un esfuerzo titánico, una lucha tenaz, un gesto quirúrgico espléndido, o una frase oportuna. Allí está el maestro, el líder. Aún inexperto, un médico auténtico lo detecta en su corazón. Distingue al maestro. Como el alumno sabe siempre quién es el buen profesor. ¿En qué radica esto? En que ambos, paciente o alumno, sienten en su corazón la preocupación del médico o el profesor por su beneficio. Es simple, pero profundamente humano.

Por otra parte, **una buena formación ética es un imperativo** del médico actual porque se va a enfrentar cada vez más a nuevos tratamientos, nuevas técnicas, antes insospechados, que invaden círculos cada vez más profundos del ser humano. Y esto tiene límites; porque tiene peligros. Entramos en la bioética. Pero la formación ética va más allá de los casos marginales de gran conflicto ideológico, se extiende a los pequeños problemas del ejercicio rutinario y a las decisiones de los casos (quizá olvidados) que constituyen el grueso de la práctica y tienen mayor influencia en la percepción interna y externa de la imagen del médico. Por otra parte, la formación ética está muy ligada con el apartado anterior, puesto que, en realidad, no basta solo con cursar una disciplina ni un master, sino más bien de aprender con líderes el día a día de estos problemas.

Respecto al trabajo en equipo haría cuatro recomendaciones:

La primera recomendación que haría es **no olvidar que todos sufrimos con los fracasos** y todos cometemos errores. Por ello debemos emplear con nuestros colegas la misma comprensión, generosidad y elegancia que esperaríamos nosotros frente a una disensión o un error propio. Partir de una posición humilde y honesta predispone a un trabajo en equipo más fácil y agradable.

La segunda recomendación que haría es aprender **a asumir la propia responsabilidad sin excusas**, paso previo y necesario para asumir la responsabilidad compartida con otros miembros.

La tercera sería **escuchar atenta y conscientemente**. En un equipo es más importante comprender otras posiciones de otros, que plantear nuestra visión (así podrá ser escuchada con igual atención a la que prestamos nosotros). Es más, hay que escuchar con mayor atención precisamente en la disensión, ahí es donde podemos aprender. Por eso es clave la función de moderar o dirigir, y debemos aprender a respetarla estrictamente.

Finalmente creo que una actitud muy saludable y efectiva es la predisposición a otorgar la **confianza al trabajo de los demás**. Es indispensable para alcanzar el nivel de excelencia de un grupo o servicio. Esta confianza, que desde la dirección se transforma en perfectamente **delegar** verdadera y eficientemente.

Respecto al trabajo individual, y en cualquier situación, el médico se debe a su obligación inexcusable de dedicación y entrega que es lo que le confiere o le devolverá la autoridad perdida.

En resumen, he procurado dar unas pinceladas esbozando lo fundamental de cómo ser médico hoy día y lo que hay que hacer es mucho, complejo y difícil de acometer, pero es imprescindible. Si lo hacemos nos ayudará a recuperar el prestigio, la credibilidad y el nivel de autoridad necesarios ante pacientes, instituciones y Administración, y nos permitirá ejercer el lícito derecho a administrar nuestra actividad clínica y mejorar nuestras condiciones laborales.

## Conclusión

Para ser un médico auténtico hoy, como siempre, es necesario afrontar nuestro entorno desde la naturaleza prístina de la labor médica. Para ello tenemos que recuperar los valores esenciales del acto médico y desde lo profundo de nuestro espíritu, aplicarlos a los retos tecnológicos y sociales. Esto situará al paciente en el centro de las decisiones de nuestra actividad diaria y convertirá su beneficio en nuestro fin. Si lo hacemos así, podremos ser reconocidos por nuestros colegas y alcanzar nuestro lugar en la sociedad, pero sin ninguna duda nuestros pacientes lo sabrán. Son ellos, los que siempre nos dirán con su profundo aprecio que somos verdadera y auténticamente médicos.

# Profesionalismo en cuidados: el papel del personal de enfermería en los sistemas sanitarios

**Nieves Lafuente Robles**

Directora de la Estrategia de Cuidados Andalucía

**Susana Rodríguez**

Técnico de la Estrategia de Cuidados de Andalucía

## La enfermera y el enfermero como proveedores de cuidados profesionales

La necesidad de cuidarse y ser cuidados es inherente al ser humano. El cuidado es una actividad que está inserta en las sociedades de manera constante desde el principio de la humanidad. Y aunque es cierto, que el cuidado de la salud ha sido asumido en las diferentes etapas de la historia y los distintos contextos socioculturales por diferentes referentes del grupo social al cual se pertenece, cada vez ese referente ha ido evolucionando hacia una mayor expertez, formación y finalmente profesionalización fuertemente ligada al concepto de salud-enfermedad y a las creencias individuales y colectivas de cada época, adquiriendo en cada sociedad valores distintos (1).

Para entender el significado de la profesión enfermera y cómo se caracteriza actualmente, hay que diferenciar entre el cuidado familiar y el cuidado profesional. El cuidado familiar es provisto por la familia cuando la persona pierde o carece de autonomía y es el entorno familiar o social quien generalmente suplente las carencias y provee los cuidados, generalmente sin percibir remuneración económica alguna, pues suele existir algún vínculo emocional entre la persona cuidadora y la persona que recibe los cuidados (5). Los cuidados profesionales, sin embargo, según Madeleine Leninger, «son modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte».

Para liderar y desarrollar cuidados profesionales en los sistemas sanitarios y responder a las necesidades de salud de la sociedad durante el continuum salud-enfermedad se desarrolla la disciplina enfermera en el contexto de las ciencias de la salud. La disciplina enfermera tendrá como principal eje vertebrador los cuidados de la persona, familia y comunidad, que, en relación con su entorno, viven distintas experiencias de salud. Dentro del sistema sanitario, la enfermería lidera la organización, gestión y provisión de cuidados, en el equipo interdisciplinar. Constituyen una fuerza humana y social de gran impacto, por su número, polivalencia y flexibilidad, desarrollan competencias muy diversas y se adaptan a todos los ámbitos relacionados con el cuidado de la salud, la

asistencia directa, gestión, docencia e investigación, aportando un servicio especial, claro, concreto e indiscutiblemente necesario para la ciudadanía (2).

El papel de la enfermería dentro de los equipos de salud es responder a las necesidades de cuidados de las personas y es dentro de los equipos y en base al tipo de necesidades y a los diferentes momentos en el continuum salud-enfermedad, donde se definirán las distintas competencias en el cuidado y el papel de cada profesional, garantizando la respuesta oportuna que ha de ser compartida, sumatoria y complementaria para garantizar y mejorar el bienestar de la persona y su familia (3).

El cuidado de la salud ha de ser integral. Tanto las personas sanas como enfermas necesitan cuidados a lo largo de toda su vida para estar sanos a través de la promoción y la educación para la salud, prevenir problemas de salud, recibir atención y cuidados cuando enferman, recuperarse para poder adaptarse y continuar con su vida después de un proceso de enfermedad o las secuelas que de ello se derive, recibir cuidados en la fase final de vida para poder tener una muerte digna, etc. Éste es el papel de la profesión de enfermería en los sistemas sanitarios, acompañar y proveer de cuidados profesionales a las personas en las distintas fases del proceso de salud-enfermedad.

En esta perspectiva integral de los cuidados, las enfermeras necesitan trabajar junto a otros sectores de atención, entre ellos el social, educativo, asociativo o la institución local, para ofrecer una respuesta coordinada y coherente, que permita proporcionar las herramientas necesarias para que las personas que necesitan cuidados y las personas que cuidan puedan mantener niveles de independencia que hagan menos gravosa la tarea del cuidado. Así mismo, tiene que hacerse efectiva la concienciación de que es necesaria la colaboración de los y las profesionales, de la familia y de la comunidad en el reconocimiento y necesidad de compartir el cuidado (2).

## La Enfermería y su papel en el avance y excelencia de los cuidados dentro de los sistemas sanitarios

El papel de las enfermeras en el desarrollo del cuidado profesional es imprescindible dentro de la sociedad, al igual que lo es dentro de los sistemas sanitarios donde desarrollan este rol, ya que nuestro sistema sanitario ha de responder a las necesidades de salud de la ciudadanía procurando la «excelencia» en el cuidado de la ciudadanía. Este cuidado excelente se centra en elementos tan críticos para garantizar la calidad de la atención como son: la personalización de los cuidados identificando profesionales de referencia, la accesibilidad de la ciudadanía a los servicios de salud, la seguridad clínica en los cuidados, la continuidad asistencial, la mejor práctica de cuidados basada en la evidencia y en la satisfacción de la ciudadanía, considerando como valores esenciales la participación de la ciudadanía en su cuidado, su autonomía para la toma de decisiones, la diversidad y la corresponsabilidad (4).

Igualmente, para garantizar unos cuidados de excelencia, la influencia de las organizaciones en los modelos de práctica clínica de los profesionales de enfermería es un elemento básico para que se puedan ejercer las competencias adquiridas en los procesos

formativos y la implementación de los resultados de investigación, por los efectos que ello produce en los resultados en salud. Asimismo, los modelos organizativos y de prácticas que impulsen los cuidados enfermeros dentro de los sistemas sanitarios lograrán una mayor repercusión en resultados clínicos y de salud, como la disminución de las complicaciones durante el ingreso (p. e., reducciones de infecciones urinarias, hemorragias digestivas, paro cardiaco), la reducción de estancia media y la disminución de la mortalidad. Entre las características organizativas y profesionales que influyen en los resultados se encuentran: el número de profesionales, la importancia del rol de enfermería en la organización, la autonomía de cada profesional de la enfermería sobre su práctica y las competencias para tomar decisiones, así como mecanismos que faciliten la comunicación con otros profesionales (5,6,7,8,9).

En definitiva, la excelencia y calidad del cuidado que los profesionales de Enfermería puedan ofrecer para la generación de salud en la ciudadanía es un factor crítico para valorar la atención que se presta en los sistemas sanitarios. Ese cuidado se verá favorecido por la posición que se le otorgue dentro del contexto sanitario, que necesita de sistemas organizativos flexibles cuya estructura articule adecuadamente nuevos servicios de una manera ágil y eficaz (10), ya que tenemos que tener en cuenta el aumento de la complejidad de las organizaciones sanitarias y la búsqueda permanente de modelos de gestión y desarrollo profesional, que hacen necesaria hallar respuestas costo-eficientes y efectivas ante estos nuevos desafíos y orientan a que las organizaciones sanitarias desarrollen diferentes modelos de ordenación de los cuidados, que incorporen nuevos perfiles y roles enfermeros.

Esta nueva demanda, va a requerir una nueva organización de los cuidados, que se fundamentará en el actual desarrollo de la profesión enfermera, relacionado con los diferentes avances en el ámbito académico: Titulación de Grado, Titulaciones Posgrado (Máster y Doctorado) y con la puesta en marcha de la formación especializada y su integración en diversas Comunidades Autónomas del territorio nacional (11). Además del desarrollo internacional y nacional de la práctica enfermera avanzada, avalada por el actual marco normativo sobre desarrollo competencial y por la evidencia científica.

En este contexto, el desarrollo de los cuidados podrá aportar y contribuir al avance de un sistema sanitario público realmente sostenible, teniendo en cuenta que los procesos de atención han de ser procesos compartidos, centrados en la persona y con la flexibilidad oportuna para ubicar la responsabilidad de la atención en el proveedor de salud que mejor responda a cada necesidad específica (12).

En el caso de los cuidados enfermeros, según se deriva de las tendencias internacionales, la atención sanitaria ágil, eficiente y centrada en la mejora de los resultados clínicos y en salud, pasa por reorientar la rígida estructura organizativa existente y establecer los mecanismos adecuados para satisfacer las necesidades de la población a través de una redefinición de las competencias profesionales de las enfermeras dentro de los sistemas sanitarios.

## La gestión de la demanda compartida

En estos desarrollos cobrarán especial importancia la coordinación de cuidados y la información y la participación de la ciudadanía, con el objetivo de reducir la utilización intensiva de algunos servicios y acercar a la ciudadanía y sus necesidades al proveedor de salud más adecuado en cada momento, médico o enfermera.

Todos estos cambios dirigidos a aprovechar y hacer evolucionar los recursos profesionales, en concreto a profesionales de enfermería dentro de los sistemas sanitarios, pretende conducir el cuidado hacia el camino al que se dirigen todas las actuaciones promovidas en nuestro sistema sanitario en su conjunto: posicionar a la ciudadanía como eje central, con un papel activo y participativo; reconocer y reforzar el desarrollo de profesionales y su papel protagonista; garantizar la sostenibilidad del sistema y fomentar un espacio compartido e integrador desde una organización sanitaria en continua transformación para adaptarse a una realidad cada vez más cambiante.

## Bibliografía

1. Kerouac S, et al. El pensamiento enfermero. Barcelona Masson España; 1996
2. Consejería de Salud. Documento de trabajo: Programa de Apoyo Integral al Cuidado en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud Junta de Andalucía; 2012.
3. Consejería de Salud. Cuidarte. Una Estrategia para los cuidados en la Andalucía del Siglo XXI. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2007.
4. Consejería de Salud. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Un Espacio Compartido. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2010.
5. Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals N Engl J Med Volume 346(22), 30 May 2002, pp 1715-1722
6. Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya. Nurse Staffing and Patient Outcomes In Hospitals Boston: Harvard School of Public Health, 2001.
7. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber, JH. Effects of Hospital Nurse Staffing on Mortality and Nurse Burnout and Job Dissatisfaction JAMA 2002 288: 1987-1993
8. Aiken LH, Smith H & y Lke, ET. Lower Medicare Mortality Among a Set hospitals Known for Good Nursing Care. Medical Care, 1994; 32(8):771-787.
9. Jackson M, Chiarello LA, Gaynes RP, Geberding JL. Nurse staffing and Healthcare-associated infections: proceedings from a working group meeting. J Nurs Adm. 2002 Jun; 32 (6):314-22 / Jackson M, Chiarello LA, Gaynes RP, Geberding JL. Nurse staffing and Healthcare-associated infections: proceedings from a working group meeting. Am J Infect Control 2002 Jun; 30 (4): 199-206
10. Mariscal MI. La Enfermería sin límites y los límites de la Enfermería. Enfermería Clínica. 2012; 22(3): 115-117.
11. Del Río Lozano M. Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud. Tesis Doctoral. Universidad de Granada 2014.
12. Gutiérrez-Sequera JL, Serrano-Ortega N. Los Cuidados y la sostenibilidad del sistema sanitario público. Rev. Enferm Clin. Nov- Dic 2014; 24(6):311-314. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.10.003>

The background features a repeating pattern of teal-colored triangles. These triangles are arranged in a staggered grid, with each triangle overlapping the one above and to its left, and the one below and to its right. The triangles are defined by white outlines, creating a sense of depth and structure.

La gestión de profesionales

en las organizaciones sanitarias



# Los profesionales sanitarios.

## Motivación e incentivos

**Juan M. Cabasés**

Catedrático de Economía Aplicada  
Universidad Pública de Navarra

*En colaboración con:*

**M. Berdud**

Office of Health Economics, Londres

**J. Nieto**

Universidad Pública de Navarra

### La naturaleza del mercado sanitario. El comportamiento esperado de los ciudadanos, profesionales sanitarios y organizaciones sanitarias

El mercado sanitario encuentra algunas dificultades intrínsecas para lograr la eficiencia. La consecución de la eficiencia requiere algunas condiciones, que se concretan en un funcionamiento perfecto de los mercados, algo que no ocurre en el mercado de servicios sanitarios. El mercado perfecto o mercado de competencia perfecta se caracteriza por la existencia de muchos oferentes y muchos demandantes que individualmente no tienen ninguna capacidad de influencia sobre el mismo. Además, los demandantes conocen perfectamente el producto que adquieren y sus características para satisfacer sus necesidades, es decir, poseen información perfecta. En dicho mercado, los demandantes adquieren los bienes y servicios que más valoran, que son precisamente los que los oferentes producen, y además lo hacen al mínimo coste, pues si tuvieran costes mayores tendrían que vender a mayor precio y sus competidores los expulsarían del mercado, al no poder colocar sus productos.

Sin embargo, el funcionamiento de los mercados sanitarios puede diferir de manera importante del marco sugerido. Los mercados perfectos son abstracciones idealizadas que difícilmente pueden contemplarse en la realidad. Cualquier mercado, en mayor o en menor medida, escapa a las estrictas condiciones que se exigen para que pueda ser considerado un mercado de competencia perfecta. En este sentido, los mercados sanitarios no son distintos de otros, si bien presentan una serie de características peculiares que generalmente no se dan simultáneamente en otros sectores económicos (2).

El mercado sanitario posee un elevado grado de incertidumbre, tanto por el lado de la demanda, debido a la naturaleza imprevisible de la enfermedad, como por el lado de la oferta, ante la incertidumbre sobre la eficacia y efectividad del tratamiento. Por eso, en los mercados sanitarios vamos a encontrar rasgos institucionales orientados a dar respuesta

a la ineficiencia que generan la incertidumbre y la información imperfecta y asimétrica entre los actores de los mismos. Existe asimetría de información y ésta se puede producir tanto entre profesionales de la medicina y pacientes, como entre pacientes y aseguradoras, entre médicos y aseguradores, y entre médicos y gestores. La ventaja del profesional médico con su papel de proveedor de servicios puede crear conflictos de interés si su comportamiento estuviera basado exclusivamente en fines lucrativos. Por ello se crean normas de ética profesional y rasgos institucionales de naturaleza compensatoria que eviten la competencia en precios o en publicidad entre profesionales de la medicina. Además, las personas desarrollan una relación personal (de largo plazo) de confianza con su médico, a quien suponen altamente motivado con su trabajo, de modo que la relación de agencia entre principal (paciente) y agente (médico/a) que se conforma difiere mucho de cualquier otro tipo de relación entre agentes de otros sectores económicos. Por su parte, la incertidumbre de los resultados de las intervenciones es una de las hipótesis más plausibles de las importantes variaciones geográficas en la práctica clínica.

Por todo ello, el sector de la salud es un sector muy regulado y dónde habitualmente se introducen normas que restringen la competencia (por ejemplo, barreras a la entrada a la profesión médica), justificándolo en el alto grado de incertidumbre existente. En muchos países, el Estado ha establecido la cobertura sanitaria universal, ha restringido las alternativas de calidad/precio disponible para el consumidor, regula los precios de los medicamentos o concede patentes para defender la propiedad intelectual y fomentar la innovación.

### Asimetrías de información y comportamiento de los proveedores

La relación médico-paciente ha sido descrita como una relación de agencia incompleta, caracterizada por la existencia de un principal (paciente) y un agente (médico) que tienen objetivos diferentes entre ellos y donde existen asimetrías de información en favor del agente. El médico, mejor informado que la persona enferma, buscará satisfacer sus objetivos –«éticos» unos (la salud de la persona enferma), «egoístas» otros (renta, ocio, prestigio profesional)– pudiendo inducir demanda en sus pacientes, es decir, generar demanda distinta a la que se produciría en caso de que ambos tuvieran la misma información. Si, además, las decisiones médicas no afectan a su remuneración, no existiendo, por tanto, responsabilidad financiera de sus actos, la teoría predice un resultado ineficiente, pues se espera un comportamiento de los profesionales sanitarios alejado de consideraciones de coste. Ésta es una de las principales explicaciones de la presión incesante al alza de los gastos sanitarios en todos los países.

Las asimetrías de información se producen no solo en la relación médico-paciente, sino a lo largo de todas las relaciones existentes en las organizaciones sanitarias del sector público, a las que aplica el problema de agente-principal (Figura 1).

## Equilibrio general

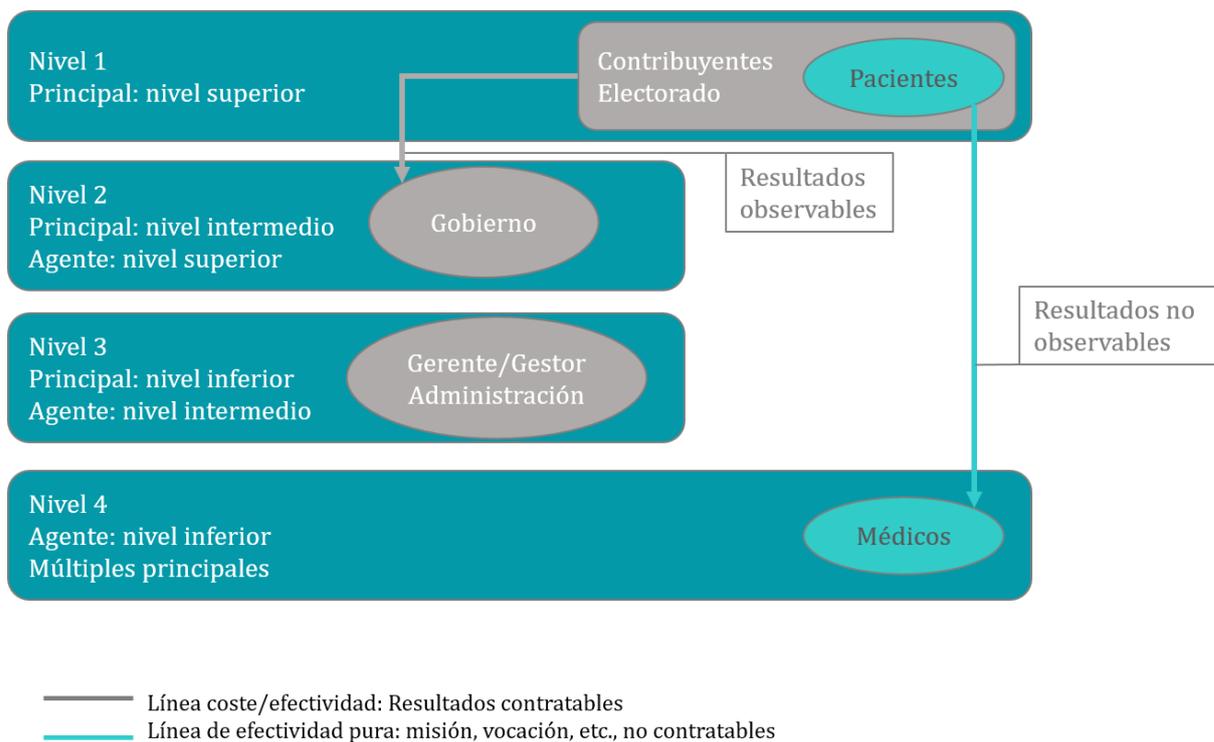


Figura 1. Relaciones de agencia en el sistema sanitario público.

En el nivel más elevado, los contribuyentes (el electorado) son el principal y el gobierno el agente. El gobierno trata de maximizar algunos objetivos observables por la ciudadanía, como reducir los tiempos de espera o mejorar las infraestructuras sanitarias, adquirir tecnología, controlar el gasto sanitario o ensanchar la cartera de servicios. En el nivel inferior se encuentra la conocida relación de agencia médico-paciente, en la que el agente médico podría inducir demanda de sus pacientes al incorporar sus objetivos particulares a los orientados hacia la salud de aquellos, un resultado contrastado en sistemas de pago por acto. En los niveles intermedios aparecen las relaciones entre gestores y políticos, y entre gestores y profesionales sanitarios. La primera podría considerarse casi inexistente en España, dándose la integración entre ambos al tratarse de gestores políticos en muchos casos. Esta es una de las debilidades más acusadas de nuestro sistema sanitario.

La relación de agencia entre gestores y profesionales sanitarios es de gran interés para el futuro de la mejora de la eficiencia de la gestión sanitaria. Los recursos humanos son el *input* principal del sistema sanitario. Los profesionales sanitarios poseen motivación intrínseca, un elevado nivel intelectual, la relevancia de su desempeño es enorme, son agentes de sus pacientes y de sus gerentes y responsables de salud, tienen derechos de propiedad ilimitados sobre su actividad porque sus contratos son necesariamente incompletos, quedando a su discreción buena parte de las decisiones de actuación y, por tanto, de gasto. En este contexto, el personal médico puede tener comportamientos oportunistas o de azar moral. Lograr la identidad entre gestores y profesionales, es decir,

aunar los objetivos de los profesionales de la medicina con los de la organización, es una vía para lograr organizaciones sanitarias más eficientes.

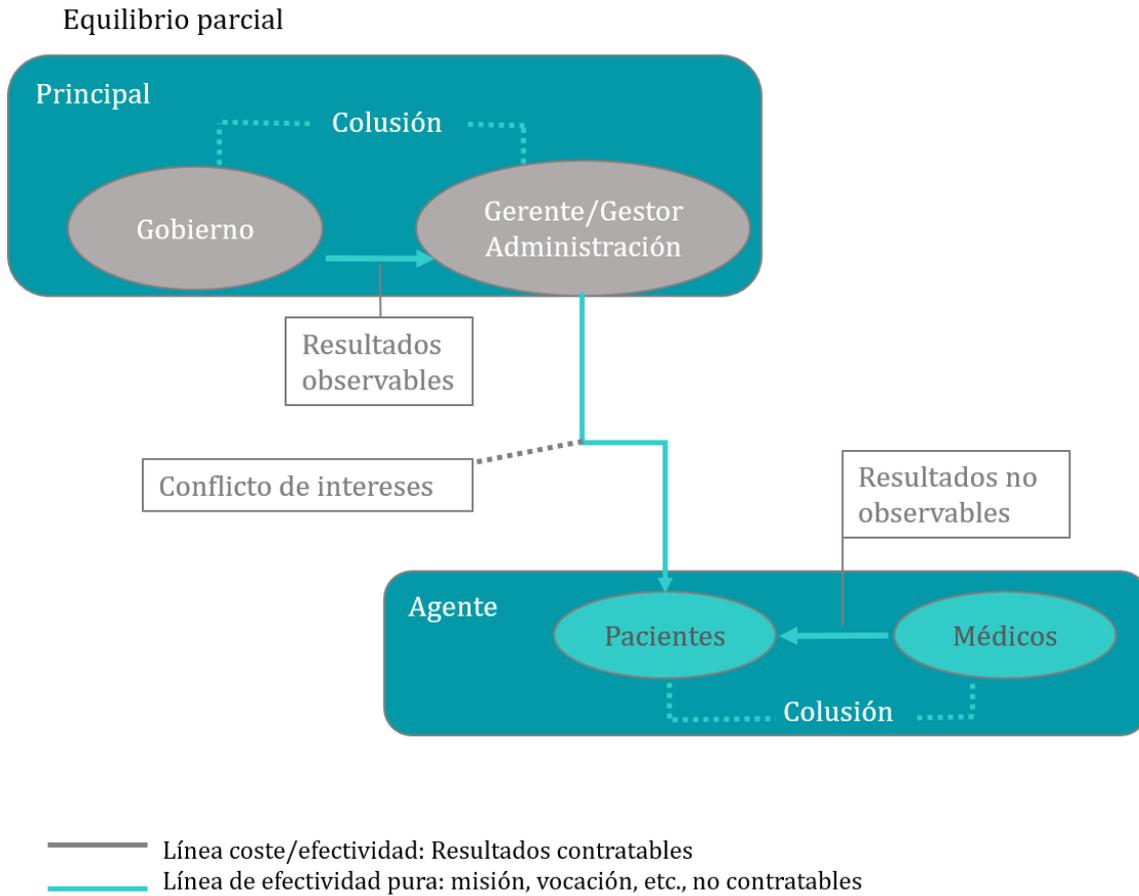


Figura 2. Relaciones de agencia entre profesionales y gestores en el sistema sanitario público

El problema en la relación principal-agente puede resumirse para el principal en minimizar el coste de atraer al agente a sus objetivos. Para lograr un comportamiento más eficiente de los profesionales sanitarios la teoría de la agencia propone utilizar mecanismos de incentivos. Los cambios en el sistema de remuneración que retribuyen la consecución de objetivos establecidos por la gerencia, la asignación de presupuestos cerrados prospectivos, tanto en los centros como en los servicios o unidades dentro de cada centro (presupuestos clínicos), en función de la actividad prevista y acordada con la gerencia, y la protocolización de actividades que considera explícitamente los costes, son ejemplos de mecanismos de incentivos utilizados que definen un modelo de decisión en el ámbito clínico caracterizado por otorgar una mayor responsabilidad financiera al profesional, a quien se encomienda la maximización del valor de la atención a un grupo definido de pacientes a partir de una restricción presupuestaria.

## La economía del comportamiento

La teoría económica ha dedicado mucho esfuerzo al desarrollo de la teoría de los contratos con los proveedores tratando de comprender la naturaleza de los contratos y de definir el diseño de contratos óptimos para lograr los fines de las organizaciones, en presencia de incertidumbre y asimetrías de información. En el ámbito de la economía de la salud la teoría de los contratos ha orientado las políticas de copagos, de riesgo compartido con las compañías farmacéuticas, de colaboración público-privada, y de incentivos a los profesionales sanitarios. Destacan en esta última área las aportaciones de los recientes premios Nobel de Economía Bengt Holström y Oliver Hart. El primero, desarrolló el principio de la informatividad, que propone que los incentivos en contratos óptimos deben estar ligados a resultados que den información sobre las acciones observables de los agentes. Experiencias como la del *Quality Outcomes Framework* en el Reino Unido, que remunerar la actividad en función de la calidad de la asistencia son un buen ejemplo de la aplicación del principio. Los pagos por resultados (*Pay for Performance*, P4P) se han generalizado en muchos sistemas sanitarios. Por su parte, Hart desarrolló la teoría de los contratos incompletos, de gran relevancia en el diseño de incentivos a los proveedores sanitarios.

Pero la teoría económica estándar en el campo de los incentivos supone que las decisiones y elecciones de los agentes dependen exclusivamente de los pagos monetarios a los que dan lugar. De este modo, un principal que planease conducir el comportamiento de un agente hacia sus propios intereses podría conseguirlo modificando únicamente los pagos monetarios y recompensas que le ofrece como resultado de sus actos. Esta conclusión, que se desprende del supuesto de que todo agente actúa de modo egoísta maximizando su beneficio material, es a lo que la teoría clásica de los incentivos ha dado en llamar efecto-precio y durante décadas ha sido considerado por la ciencia económica como la única herramienta capaz de alterar el comportamiento de los agentes económicos.

Sin embargo, en los últimos treinta años, la *economía del comportamiento* (8, 23, 10, 15) ha irrumpido en la ciencia económica poniendo en entredicho la validez de las teorías económicas estándar. La economía del comportamiento se construye básicamente en torno a nuevas evidencias empíricas y experimentales en las cuales, una variable que había sido omitida por la teoría económica estándar, demuestra tener una capacidad explicativa significativa.

La economía del comportamiento surge, por tanto, como un intento de explicar, los resultados para los que la teoría económica estándar no tiene respuestas, desarrollando nuevas teorías en las que se incorporan nuevas variables cuya relevancia ha sido demostrada previamente por la evidencia empírica y experimental. Así es como se ha desarrollado toda una rama de la economía del comportamiento bautizada con el nombre de *Preferencias Sociales* (22, 18).

La literatura sobre preferencias sociales intenta explicar y medir el impacto que los motivos no-egoístas y no-monetarios tienen sobre la competencia, la cooperación, los incentivos y los resultados económicos. En particular, la economía del comportamiento se

ha aproximado al estudio de los incentivos intentando descubrir los fundamentos psicológicos que les dan forma.

El objetivo de este trabajo es avanzar en esta aproximación incorporando dos novedades respecto a los modelos económicos estándar de agencia: la identidad y la motivación intrínseca. Estas dos novedades y los resultados a los que dan lugar pueden contribuir al desarrollo de modelos económicos más realistas que pudieran llegar a convertirse en la nueva economía de la información y del comportamiento (16).

### *Identidad e incentivos*

El estudio de la identidad y la motivación de los trabajadores de organizaciones públicas se ha convertido en objeto de estudio de la economía de las organizaciones en los últimos años. La identidad, la imagen que tenemos de nosotros mismos, puede influir sobre el comportamiento económico de los trabajadores, ya que actúa como una motivación interna no-monetaria. A menudo, los trabajadores de organizaciones públicas se ven a sí mismos como agentes pro-sociales que comparten con su organización el objetivo de proveer a la sociedad de bienes y servicios públicos y de valor e interés social. Buenos ejemplos de lo anterior son profesores, médicos, enfermeras y auxiliares sanitarios, trabajadores sociales, investigadores y bomberos, entre otros.

La identidad puede actuar como una motivación no-monetaria y llevar a los trabajadores públicos a desempeñar un alto nivel de esfuerzo sin necesidad de que la organización tenga que recurrir a los incentivos monetarios. Por este motivo, es preciso incorporar la identidad dentro del estudio y diseño óptimo de los incentivos de los trabajadores públicos.

La literatura económica ha analizado el papel de la identidad de los trabajadores públicos desde una perspectiva exógena. Sin embargo, la ciencia económica no ha profundizado en el análisis de los posibles efectos de la identidad cuando la organización puede alterar la identidad de sus trabajadores. Akerlof y Kranton (1) describen la política del ejército americano con el objetivo de modificar las preferencias de los cadetes en el sentido de inculcarles motivaciones no económicas que les lleven a compartir los objetivos de la organización militar, sintiéndose parte de la organización. Estos autores señalan que asignar a los trabajadores a trabajos con los que se sientan identificados y la creación de estas identidades resulta básica para el buen funcionamiento de la organización. Una experiencia de éxito de estas prácticas bien conocida en el ámbito privado en España es la desarrollada en la empresa de autobuses Irizar.

Con el fin de incorporar estas ideas a la literatura, hemos desarrollado un modelo que incorpora la posibilidad de alterar la identidad de los agentes a través de la *socialización* (6). El principal de una organización pública puede conseguir que los trabajadores compartan sus objetivos cambiando su identidad como resultado de la socialización. Para ello deberá llevar a cabo acciones o inversiones que promuevan el sentido de misión, cultura y objetivos comunes. Estas inversiones deben ser consideradas como parte del capital de la organización.

## Motivación intrínseca

La divergencia entre los objetivos de los gestores y la motivación intrínseca de los profesionales puede llegar a ser causa de conflicto. Los objetivos de los gestores sanitarios suelen enfocarse hacia la mejora de indicadores de salud que son fácilmente observables por el electorado. Sin embargo, los objetivos de los profesionales médicos que trabajan en la sanidad suelen poner su foco en la calidad y la mejora de la atención a pacientes y también en aspectos profesionales más técnicos como lo son la investigación, la formación continua, la docencia, etc.

En este contexto de divergencia de objetivos, los incentivos monetarios propuestos por un principal en sanidad pueden actuar haciendo que la función médica deje de ser una señal de la motivación intrínseca de cada profesional de la medicina, haciéndoles parecer individuos codiciosos que solo buscan su máximo beneficio material. Este efecto es el que la psicología, en la *Self Determination Theory* (11, 12, 13, 14), y la economía del comportamiento han llamado *crowding-out* y que tiene como consecuencia la sustitución de la motivación interna no-monetaria de los agentes por la motivación monetaria externa a consecuencia de la utilización de incentivos económicos (3, 7, 9). Sin embargo, el diseño apropiado de incentivos materiales y no-materiales también puede dar como resultado el efecto contrario y resultar en una mejora de la motivación interna de los trabajadores, lo que se conoce como *crowding-in* (7).

En nuestro trabajo citado se propone un modelo dinámico de agencia con azar moral en el que los agentes están intrínsecamente motivados, como marco de análisis para el diseño óptimo de contratos, se incorporan los efectos cruzados (*crowding-out* y *crowding-in*) de forma endógena al modelo y se estudia la condición de óptimo de los resultados cuando la dirección de las organizaciones sanitarias puede alterar la motivación intrínseca de los médicos a través de sus acciones y sus propuestas de incentivos. Se discuten las condiciones bajo las cuales un principal en sanidad encontraría rentable o beneficioso emplear recursos en mejorar o mantener alta la motivación intrínseca del colectivo médico. Como resultado se establece que la motivación intrínseca de los profesionales de la medicina puede ser considerada otro activo productivo más, llamado capital motivacional, en el que puede resultar beneficioso invertir para la organización sanitaria.

## Análisis empírico

A pesar de la gran cantidad de trabajos teóricos y experimentales que se han realizado sobre incentivos y motivación intrínseca existe, sin embargo, una insuficiente literatura empírica sobre la cuestión que resulta en un desequilibrio dentro del campo de la economía del comportamiento y los incentivos en organizaciones. El trabajo de Kolstad (19) puede ser una excepción notable.

En un trabajo empírico reciente (5) tratamos de avanzar en este terreno tan poco explorado hasta el momento. Se ha utilizado como método la investigación cualitativa al

considerarse este el más apropiado para obtener información dada la inherente dificultad para obtener datos sobre motivación intrínseca. En concreto se ha utilizado el método de la entrevista semiestructurada. Se realizaron entrevistas a profesionales de la medicina en hospitales públicos en Navarra (16 entrevistas). El objetivo es doble: primero, encontrar evidencia de que los médicos y médicas son profesionales intrínsecamente motivados y segundo, encontrar evidencia de cómo la motivación intrínseca y los efectos cruzados pueden afectar al comportamiento de los profesionales y a su actitud y grado de desempeño en el trabajo. Las hipótesis que se plantea resolver son las siguientes: 1) los doctores son agentes intrínsecamente motivados; 2) los incentivos económicos y la regulación pueden dañar la motivación intrínseca de médicos y médicas (*crowding-out*); y 3) existen otros incentivos, monetarios y no-monetarios que pueden favorecer la motivación intrínseca de este colectivo (*crowding-in*). Encontrar evidencia empírica sobre las hipótesis planteadas resultaría útil para el diseño óptimo de incentivos, regulación y políticas a los decisores públicos en sanidad.

Los resultados ponen de manifiesto que los médicos tienen motivación intrínseca en tareas relacionadas con dos misiones: la atención directa a pacientes (en forma de empatía hacia la persona enferma, mejorar la calidad de la asistencia y aliviar el dolor y el sufrimiento), y la mejora continua de su cualificación técnica, sus habilidades y su conocimiento científico (investigación, cualificación para nuevas tecnologías y actualización de conocimientos acerca de los tratamientos). Con respecto a la identidad, entendida como compartir metas entre profesionales y responsables de la organización, dos notas caracterizan a los entrevistados: implicación, entendida como sentirse parte de la organización, y sentir la organización como suya.

Los mecanismos que producen expulsión de la motivación intrínseca en los entrevistados son: la carrera profesional en su diseño actual, los programas de autoconcertación (peonadas), el control unilateral de la Administración en la determinación de objetivos y la falta de participación en las tareas de planificación.

Por su parte, los mecanismos que pueden incentivar la motivación intrínseca (*crowding in*) son más flexibilidad y tiempo para poder ofrecer una atención más personalizada a pacientes; reconocimiento profesional, tiempo y medios para investigación, formación y docencia, más autonomía para establecer objetivos y organizar el trabajo, gestionar sus servicios (gestión clínica) y participación en las decisiones que afectan a la organización y a sus servicios.

Los profesionales de la medicina se sorprenden del escaso compromiso de la Administración con la formación continua de sus profesionales, dejada en su mayor parte a la industria. La actualización de conocimientos es una obligación y una de las misiones declaradas por los profesionales sanitarios. Un sistema de recalificación periódica impulsaría la actualización y promovería planes de formación continuada de calidad.

Por último, existe un conflicto entre médicos y gestores relacionado con el horizonte temporal de su visión. Los gestores tienen objetivos a corto plazo (legislatura), mientras que los médicos y las médicas tienen objetivos a largo plazo (carrera profesional). La solución a esta asimetría de visiones puede encontrarse en la profesionalización de la gestión desligada de la política.

## Conclusiones

En un contexto de incertidumbre y asimetrías de información como la sanidad pública, una de las claves de la eficiencia se encuentra en el desarrollo de un sistema de incentivos adecuado. Proponemos cambios en el sistema de incentivos de los profesionales del sistema sanitario público, a partir de un modelo de agencia, con agentes intrínsecamente motivados (es decir, que obtienen satisfacción por el hecho de realizar su trabajo). Se trata de invertir en una nueva clase de capital —capital motivacional— que no requiere exclusivamente de incentivos monetarios, sino de inversiones en otros ámbitos de interés para los profesionales.

Reconociendo que los incentivos exclusivamente monetarios pueden minar la motivación profesional (*crowding out*), se busca encontrar los elementos de mantenimiento y fortalecimiento de la motivación (*crowding in*). Los profesionales sanitarios muestran un gran interés por otros incentivos como el reconocimiento a su esfuerzo y el tiempo para docencia e investigación. La inversión en capital motivacional, término propuesto por el premio Nobel de Economía Akerlof, puede reducir las necesidades financieras de la organización para los incentivos monetarios, además de lograr una mayor eficiencia en la gestión de recursos, al desarrollarse en un marco de personal motivado. Esta es una línea importante de trabajo que puede resultar muy prometedora en la gestión de servicios públicos como la asistencia sanitaria.

Hemos explorado empíricamente la existencia de motivación intrínseca de los médicos, su percepción de la misión y la identidad, así como los efectos *crowding out* en la organización (incentivos perversos) y los efectos *crowding in* (cómo motivar e incentivar). Se realizaron entrevistas semiestructuradas a personal médico en hospitales públicos (16 entrevistas). Los incentivos hoy existentes, como la carrera profesional, no son efectivos debido a su incapacidad para discriminar el desempeño, la esencia misma de un sistema de incentivos. Igualmente, las medidas de control de las listas de espera que utilizan los programas de autoconcertación (conocidos coloquialmente como peonadas), pueden contener incentivos perversos que pueden llevar a ampliar los tiempos de espera a medio plazo. Nuestros profesionales sanitarios proponen incentivos no monetarios que ensanchen su motivación intrínseca.

## Bibliografía

1. Akerlof GA and RE Kranton (2005). Identity and the Economics of Organizations. *Journal of Economic Perspectives*. 19(1), 9-32.
2. Arrow JK. La Incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. *Información Comercial Española* 1981; 574:47-63. (Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, December 1963, 53(5), pp. 941-973).
3. Benabou R y J. Tirole (2006). Incentives and Prosocial Behavior *American Economic Review*. 96(5), 1652-1678.
4. Benabou R, Tirole J (2003). Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Rev. of Ec. Studies*; 70: 489-520.

5. Berdud M, Cabasés JM y Nieto J (2016). Incentives and intrinsic motivation in healthcare/incentivos y motivación intrínseca en la sanidad. *Gaceta Sanitaria*. 30. p. 408-414.
6. Berdud M, Cabasés JM, Nieto J (2014). Intrinsic Motivation, Incentives and Motivational Capital in Health Care Organizations. Universidad Pública de Navarra, Department of Economics Working Paper Series, D.T.1402.
7. Bowles S y Polanía-Reyes S (2012). Economic Incentives and Social Preferences: Substitutes or Complements. *J of Ec. Lit.* 50: 368–425.
8. Bowles, S. (1998). Endogenous Preferences: The cultural Consequences of Markets and Other Economic Institutions. *Journal of Economic Literature* 36(1), 75-111.
9. Bowles, S. (2008). Policies Designed for Self-Interested Citizens May Undermine The Moral Sentiments: Evidence from Economic Experiments. *Science* 320, 1605-1609.
10. Camerer, C., Loewenstein, G., and Rabin, M. (eds.) (2004), *Advances in Behavioral Economics*, Princeton: Princeton University Press.
11. Deci EL (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *J of Pers. And Social Psych.* 18: 105-15.
12. Deci EL, Ryan RM (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in human behaviour*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 371 p.
13. Deci EL, Ryan RM (2000a). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Com Ed Psychology*. 25: 54-67.
14. Deci EL., Ryan RM (2000b). The What and Why of goal pursuits: human needs and Self-Determination of behavior. *Psych. Inquiry*. 11: 227-68.
15. DellaVigna, S. (2009), *Psychology and Economics: Evidence from the Field*. *Journal of Economic Literature*, 47, 315–372.
16. Fehr E, Klein A and Schmidt KM (2007). Fairness and Contract Design. *Econometrica*, Vol. 75, No. 1, pp. 121-154
17. Fehr E. and Falk A (2002). Psychological Foundations of Incentives. *European Economic Review*, 46, 687–724.
18. Fehr, E. and Schmidt, K. M. (1999), A theory of Fairness, Competition and Cooperation. *Quarterly Journal of Economics*, 114, 817–868.
19. Kolstad J (2013). Information and Quality when Motivation is Intrinsic: Evidence from Surgeon Report Cards. *Am Ec Review*. 103: 2875-910.
20. Prendergast C. The motivation and bias of bureaucrats (2007). *Am Ec Review*.; 97: 180-196.
21. Prendergast, C. (2008). Work Incentives, Motivation, and Identity. *American Economic Review: Papers and Proceedings*, 98(2), 201-5.
22. Rabin, M. (1993), Incorporating Fairness into Game Theory and Economics. *American Economic Review*, 83, 1281–1302.
23. Rabin, M. (1998). Psychology and Economics. *Journal of Economic Literature*, 36, 11– 46.

## Los profesionales en las organizaciones sanitarias

**Luis Andrés López Fernández**

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública  
Área de Salud Internacional

Los profesionales de la salud trabajan en organizaciones, algunos las llaman «empresas» y pueden ser públicas o privadas, en cualquiera de los sentidos que las queramos considerar. En el caso español las organizaciones públicas son o pueden ser los Servicios Regionales de Salud, en un nivel amplio, pero de forma más concreta, son los hospitales, los centros de salud u otras entidades que se califican a veces como el nivel «meso» de gestión. A veces trabajan en el sector público en entidades con una gran diversidad de formas jurídicas, como fundaciones o empresas públicas. En el sector privado las organizaciones en las que trabajan también pueden ser muy diferentes unas de otras, desde el sector privado lucrativo, organizaciones enmarcadas en aseguradoras o en entidades sin fines de lucro. La proporción de entidades públicas y privadas varía mucho entre las diferentes Comunidades Autónomas, siendo más frecuentes las privadas en Cataluña y Madrid y menos frecuentes en Andalucía, aunque en esta última Comunidad son relativamente más frecuentes las entidades privadas en las provincias de Málaga y Cádiz, por ejemplo. Lo que es verdaderamente poco frecuente es el trabajo en solitario y, aún en este caso, los profesionales crean redes más o menos compactas que les permiten alguna forma de trabajo colaborativo y coordinado. El profesional aislado no es compatible con las formas actuales del ejercicio profesional.

La relación de los profesionales de la salud con sus organizaciones, en España adopta formas variadas según el sector público o privado, pero son mayoritariamente de carácter funcional o cuasi funcional (estatutario) en el sector público. Esta característica marca de forma muy definitoria a nuestro Sistema Nacional de Salud. Son relaciones rígidas y que varían poco entre los profesionales y hacen que los instrumentos de gestión clásica del personal, como trabajadores, den muy poco juego a los instrumentos de la gestión empresarial. De forma comparativa esta situación es bastante similar a la de otros países de nuestro entorno en el caso de la enfermería, pero es muy diferente a la que tienen otros países con los profesionales de la medicina, en especial con los de atención primaria.

Los profesionales se incorporan a las organizaciones con una «mochila» cargada de capacidades, de formación, de experiencias, relaciones formales e informales con los colegas, pertenencia a organizaciones científicas, sindicales y corporativas, se actualizan en revistas, libros de texto, monografías, acuden a reuniones, a congresos, donde interactúan con otros profesionales de su campo o de saberes próximos, se sienten que siguen a determinadas «escuelas», tienen profesores a los que consideran sus maestros, prestan atención especial a determinados líderes clínicos o de pensamiento que son sus referencias, tienen sistemas de «valores» que consideran virtudes esenciales de su

práctica profesional, en general sienten profundamente que deben responder, que pueden ser valorados especialmente por los ciudadanos a los que atienden y por sus propios compañeros de profesión, sus colegas... A esta «mochila» con la que acuden a sus «empresas» los profesionales le llamamos «profesión» o más técnicamente «sistema profesional». En este sentido los profesionales no son como cualquier otro trabajador de la organización, son además de empleados y, son, sobre todo, miembros de una profesión.

Los datos empíricos y el modelo conceptual que se va a utilizar en este escrito corresponden a las referencias (1, 2) que aparecen al final. En lo esencial es una encuesta a una muestra significativa de médicos de familia de Andalucía, País Vasco y la Comunidad de Madrid que se publicó en el 2000. Naturalmente han pasado algunos años, pero creo que nos es útil para los comentarios que vamos a hacer.

Una forma de visualizar esta situación es considerar que los profesionales de la salud, como por ejemplo los médicos y médicas, tienen una doble dependencia (figura 1). Por un lado, pertenecen a una organización, a una empresa, que es un Servicio Regional de Salud u otra entidad organizativa pública o privada, y en concreto trabajan en un centro de salud o un hospital. Esta organización les aporta un puesto de trabajo, con una remuneración, les obliga a cumplir con determinado horario y regula una parte de las obligaciones del trabajador, en su faceta de empleado. Cuando a los profesionales les preguntamos sobre su doble dependencia y sobre su sentido de pertenencia a cada una de las entidades, organización o profesión, su respuesta no puede ser más clara. Ellos se sienten mucho más vinculados a su profesión que a su empresa (figura 2). Por eso muchos de los instrumentos gerenciales que se basan en el compromiso «con la empresa» fallan al utilizarse sin la necesaria adaptación a las organizaciones donde trabajan los profesionales.

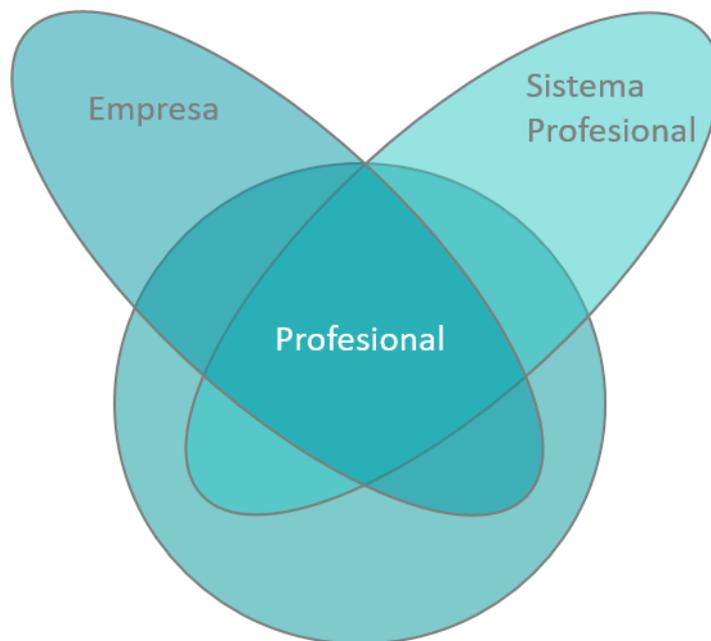


Figura 1. Doble dependencia del profesional

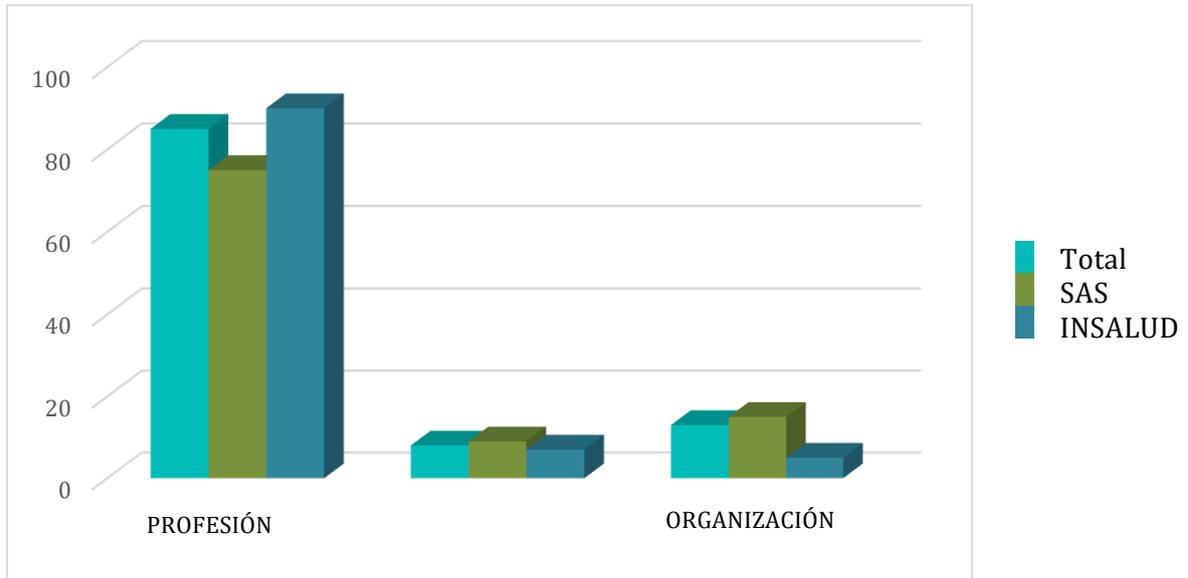
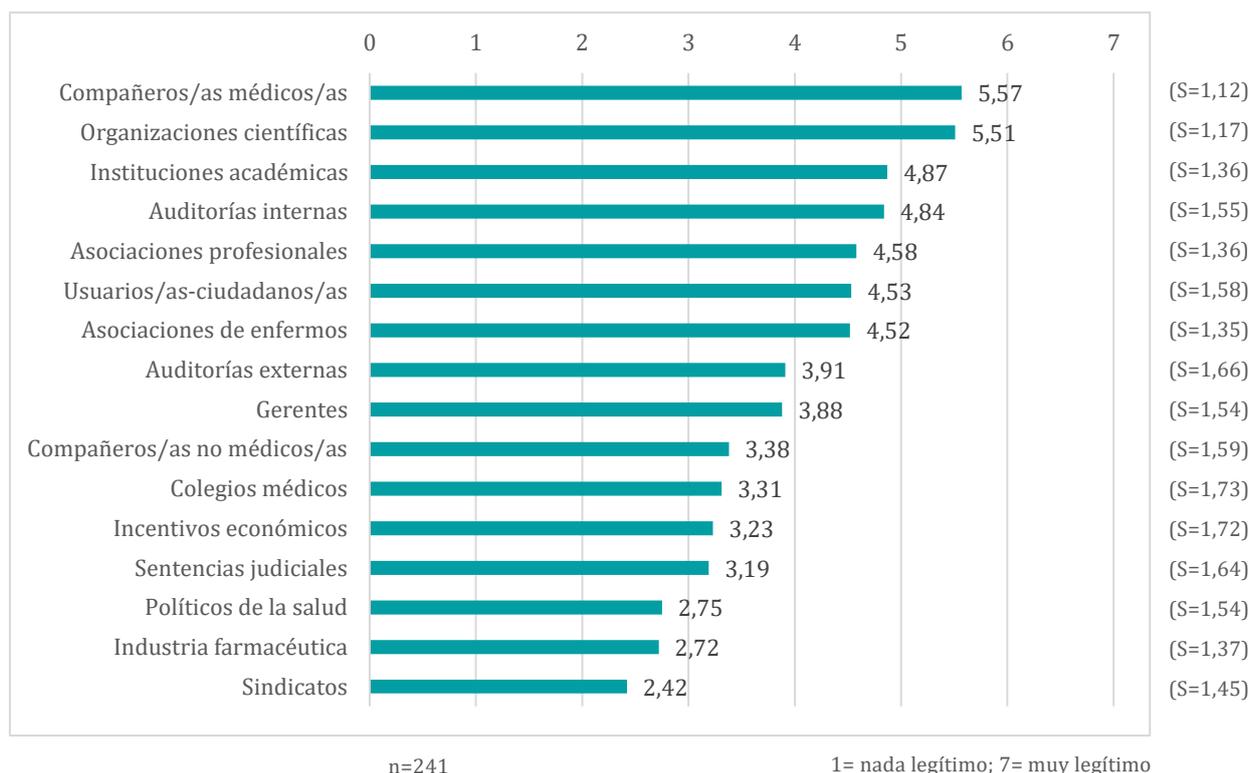


Figura 2. Pertenencia Profesión vs Organización (SAS e INSALUD)

Esta medición del sentido de pertenencia la realizamos creando una «escala», constituida por varias preguntas que tratan de valorar su sentimiento, igual que en las encuestas del INE preguntan si determinada persona se siente más catalán que español o de su ciudad o europeo y sentimientos por el estilo. El conjunto de las preguntas, una vez validadas y verificada su coherencia interna constituyen la escala que es el resultado que presentamos. En la figura queda claro que más del 80% se sienten claramente más vinculados con su profesión que con su organización.

Si lo que les preguntamos es sobre la «legitimidad» de las diferentes «fuentes de influencia» sobre su trabajo más central, sobre sus prácticas profesionales, sus respuestas son también bien claras.

El trabajo profesional más sustancial, el cómo trata un profesional de la medicina a un hipertenso, o si realiza o no determinada prueba o si prescribe tal o cual medicamento no es definido por la empresa. La empresa no tiene «legitimidad» para regular el trabajo médico o de cualquier otro profesional. La sociedad, históricamente ha confiado la regulación de determinados tipos de trabajo especialmente importantes para ella a las «profesiones», cuyos miembros rinden cuenta ante sus pacientes y ante los colegas de profesión. El sistema que regula las prácticas profesionales lo llamamos «sistema profesional» (figura 3, sobre legitimidad de las fuentes de influencia en la práctica de la medicina de familia).



Fuente: López LA, et al. Source of influence on medical practice. J. Epidemiol.Community Health 2000;623-630.

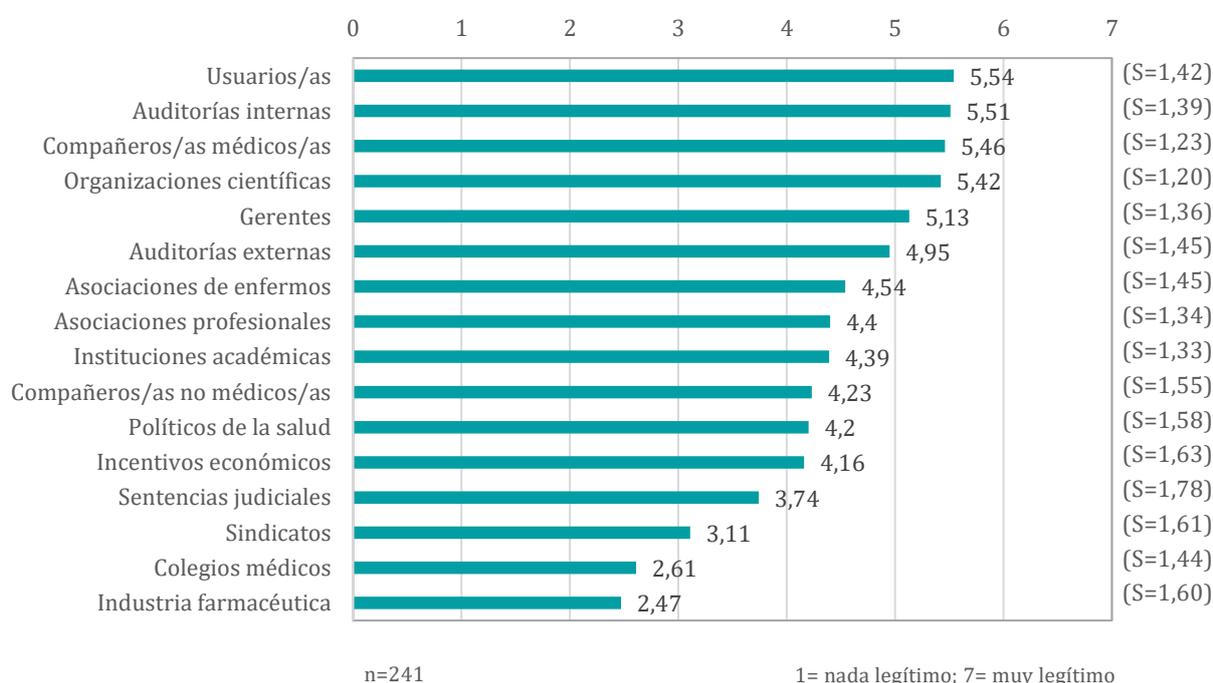
Figura 3. Legitimidad de distintas estrategias y/o colectivos para influir en la práctica médica

Debe quedar claro que lo que se expresa bajo el término de legitimidad es una valoración de lo que sienten los más de 500 profesionales entrevistados como más legítimo, es una cuestión que de lo que nos habla es del sistema de valores de los profesionales, no es la verdad o la mentira sobre lo que influyen las diferentes fuentes sino una percepción de los profesionales que nos expresa sobre todo su cultura respecto al tema, algo parecido a que es lo que consideran más correcto, más ético y medido sobre todo en sus sentimientos y sabiendo que los están haciendo públicos, o sea que expresa también su valoración sobre la deseabilidad social. Ellos creen que los que más les influyen son sus propios compañeras y compañeros médicos, seguido a muy corta distancia de lo que dicen las organizaciones profesionales. También consideran de muy alta legitimidad la opinión de las instituciones académicas y las asociaciones profesionales. De los instrumentos de carácter gerencial el único que les parece con legitimidad son las auditorías internas. Ya a más distancia consideran legítima la influencia del usuario y la ciudadanía, las asociaciones de personas enfermas. Las auditorías externas y los propios gerentes, sus «jefes» según la cultura gerencial, aparecen en los lugares medios de la tabla.

Siguiendo con estas interpretaciones pueden resultar interesantes las comparaciones con otra encuesta, que se realizó paralelamente a la comentada realizando la misma pregunta sobre legitimidad a los gerentes de los profesionales asistenciales entrevistados, que fueron 241 en total. Se les planteó la misma pregunta referida a cuál era para los directivos la legitimidad de las diferentes fuentes de influencia pensando en los profesionales

asistenciales (3). Nos llama la atención como los gerentes piensan que la mayor fuente de legitimidad serían los Usuarios, en clara contraposición los profesionales asistenciales que colocaban a estos actores en la mitad de la tabla. También opinan los gerentes que ellos mismos, los directivos deberían ocupar un lugar más alto entre las fuentes de legitimidad. Ambos aspectos son coherentes con el pensamiento y la cultura gerencial. No obstante, los gestores también reconocen los mecanismos del sistema profesional de los asistenciales como fuentes de alta legitimidad, como los compañeros de profesión o las organizaciones científicas (figura 4).

Figura 4. Legitimidad de distintas estrategias y/o colectivos para influir en la práctica médica. Opinión de los gestores



Fuente: López LA, et al. Opiniones de los gestores de la atención primaria sobre las fuentes de influencia en la práctica médica. Diferencias con la opinión de los médicos asistenciales. Gac Sanit 2002; 16(5):417-24.

Durante las dos décadas anteriores ha habido un fuerte intento por parte de las empresas de intentar regular a los profesionales, es lo que se ha llamado la «reforma gerencialista», donde los directivos de las organizaciones han ido invadiendo progresivamente los espacios profesionales, pero las profesiones se han mantenido esencialmente como más legitimadas para influir sobre el ejercicio profesional. La línea gerencial ha tenido que recurrir a mecanismos profesionales para incorporar sus propuestas.

Las organizaciones sanitarias son, por lo que hemos comentado hasta ahora, «organizaciones profesionales» según la tipología de organizaciones de Henry Mintzberg que las considera un tipo especial dentro de las diferentes posibilidades que tenemos de

organizar empresas. En las «organizaciones profesionales» este tipo especial de empleados (profesionales de la medicina especialmente, de enfermería, etc.) tienen mucho poder de decisión real. En realidad, este gran poder procede de la autonomía que les brinda estar sometidos no a las reglas internas de la organización sino a las normas producidas por el sistema profesional, mayoritariamente externo. No significa que los profesionales no rindan cuentas a la empresa, sino que la rendición de cuentas es fundamentalmente ante sus colegas de profesión y ante pacientes y ciudadanía, quedando las jerarquías organizacionales en un lugar siempre en pugna con los otros dos (4, 5).

En las organizaciones profesionales no trabajan solo profesionales, también trabajan otros empleados que tienen funciones importantes en estas organizaciones, pero que normalmente tienen funciones y tareas de apoyo al trabajo profesional, aunque no siempre. Por ejemplo, muchos trabajadores apoyan las relaciones con la ciudadanía y otros servicios de alto nivel. Dentro de las organizaciones profesionales existe también una organización «clásica», una burocracia, por ejemplo, en la que sí que serían más aplicables los procedimientos de gestión de las culturas gerenciales tradicionales.

Los hospitales y centro de salud son, además, organizaciones de servicios. No son organizaciones manufactureras ni de producción. Mucho de lo que sabemos de gestión lo hemos aprendido de empresas que generan «productos». Para aplicar estos saberes tratamos de tener productos en los servicios de salud, lo que se adapta a veces muy poco a las cosas relacionadas con una materia como la salud, en la que influyen nuestros servicios de salud, pero en el marco de una maraña compleja de otros determinantes sociales.

Los profesionales, desde luego, están sometidos tal y como hemos dicho, a determinadas normas que proceden de la organización a la que pertenecen y por las que cobran un salario. Normalmente el horario, los espacios de trabajo, normas internas de diverso tipo, pero el ejercicio profesional tiene una regulación real, de facto que es externa a la organización y corresponde a la «mochila» que acompaña al profesional y que hemos citado antes. Pero los territorios de competencia para cada una de las legitimidades son muy difíciles de separar y se involucran el uno y el otro continuamente. Además, el «sistema profesional» también se manifiesta de forma más o menos formal en el interior de la organización, y en el hospital y en el centro de salud también existen liderazgos clínicos, sesiones, y otras actividades donde es difícil separar lo organizacional de lo profesional.

Por otro lado, las organizaciones de la salud han ido reconociendo de forma más o menos explícita el hecho de la mayor legitimidad del sistema profesional y utilizan, por ejemplo, lo que algunos llaman las «vías clínicas para la gestión» elaborando como normas organizativas algunos protocolos en los que se utilizan los mecanismos del sistema profesional, como revisiones sistemáticas, consenso de los colegas y otros. También se utilizan procesos profesionalistas muchas veces para designar a las direcciones y otras jerarquías organizativas, tratando de reconocer a los liderazgos profesionales que existen.

Por lo tanto, los profesionales trabajan insertos en organizaciones de servicios, con características de organizaciones profesionales en el sentido comentado y tienen una regulación en la que, por decisión social, plasmada en leyes y en antiguas tradiciones, se rinden cuentas especialmente ante los ciudadanos, los colegas de profesión y ante el

sistema gerencial, en estas últimas décadas. Creemos que el nuevo profesionalismo debe aceptar el rendimiento de cuentas ante la sociedad en su conjunto, teniendo muy en cuenta las reglas del juego de lo que supone la existencia de las profesiones, que es una herencia histórica a la que creemos nuestras sociedades actuales no quieren renunciar. Es este espacio con actores individuales, colectivos (de colegas y ciudadanos) y de la sociedad en su conjunto el que queremos colaborar a construir.

## Bibliografía

1. López-Fernández, L.A. Salud y enfermedad en Atención Primaria. Estrategias para el desarrollo de actividades. Centro de Salud 1999. 7 (7): 416-20.
2. López-Fernández, L.A.; Jiménez Martín, J.M.; Luna del Castillo, J. de D.; Solas Gaspar, O.; Martínez Millán, J.I.; Pérez Lozano, M.J.; De Manuel Keenoy, E. Sources of Influence on Medical Practice J. Epidemiol Community Health 2000;54:623-630.
3. López Fernández, L.A.; Jimenez Martín, J.M.; Luna del Castillo, J. de D.; Solas Gaspar, O.; Martínez Millán, J.I.; De Manuel Keenoy, E.; Opiniones de los gestores de la atención primaria sobre las fuentes de influencia en la práctica médica. Diferencias con la opinión de los médicos asistenciales. Gaceta Sanitaria 2002;16(5):417-24.
4. Henry Mintzberg. Diseño de organizaciones eficientes. Editorial El Ateneo, Argentina, 1991.
5. Henry Mintzberg. Mintzberg y la Dirección. Editorial Díaz de Santos S. A., España, 1991.



# Reflexiones sobre la Dirección de un Servicio Clínico

## **Martín Tejedor Fernández**

Jefe de Servicio de Documentación Clínica y Calidad  
Hospital Reina Sofía de Córdoba

## **Juan José Pérez Lázaro**

Profesor  
Escuela Andaluza de Salud Pública

## Introducción

Este breve texto no pretende ser una revisión en profundidad de las estrategias de dirección en servicios sanitarios ni un marco teórico sobre gestión. Solo nos proponemos hacer algunas reflexiones sobre la dirección de profesionales basadas en nuestra experiencia. Lo único que podemos decir en defensa de estas ideas es que a nosotros nos han funcionado; nos han servido para entender el objeto de nuestro trabajo y el marco en el que hemos actuado. Creemos que hemos conseguido alcanzar resultados razonables y generar un buen ambiente de trabajo siempre que hemos actuado de acuerdo a ellas.

Sobre esta base, esperamos que a las personas que ocupan direcciones clínicas la lectura de este documento les sugiera un método de mejora de los resultados, de disminución del estrés y de la frustración que, a veces, el ejercicio de la dirección lleva implícita.

Estas reflexiones están dirigidas fundamentalmente a jefaturas de servicio o sección, supervisiones, etc. Esto no significa que no puedan tener también utilidad para directivos de otro nivel.

Es importante precisar que hablamos de dirigir un servicio público que se basa en valores, y que está al servicio de la sociedad. Para entender adecuadamente nuestras reflexiones debemos aclarar que partimos de un determinado estilo de dirección coherente con lo anterior.

Hablamos de la función de dirección, es decir, de los asuntos que todo directivo, independientemente de su capacidad de liderazgo, debería abordar para realizar aquello que se espera de su trabajo. No es objeto de este trabajo analizar la situación actual de la dirección de profesionales en el sistema sanitario. No nos parece satisfactoria, pero pensamos que tiene más interés hacer propuestas constructivas que puedan mejorar la situación actual.

## En qué consiste el trabajo directivo

En el mito de Sísifo (1) los dioses le habían condenado a empujar una roca hasta la cima de una montaña. Al llegar a la cima la piedra volvería a caer por su propio peso. Pensaban que no hay castigo más terrible que el trabajo aparentemente inútil y sin esperanza.

Volver al pie de la montaña y reanudar el camino hasta la cumbre es una representación del constante recomenzar de muchas actividades humanas. Cuando dominamos un procedimiento o un arte, este ya está obsoleto. Cuando con esfuerzo hemos logrado dominar una actividad, surge una nueva.

Pero, ¿es posible imaginar a Sísifo feliz? «La toma de conciencia de la propia condición, el no optar por el camino fácil de la sumisión es lo que puede llenar el corazón de un ser humano». La ética de Albert Camus es la ética de la lucha y el esfuerzo, quería representar la necesidad de reconquistar constantemente valores como la libertad, la democracia, la autenticidad, entre otros.

La primera reflexión que queremos trasladar tiene que ver con esta idea: el trabajo directivo es un esfuerzo muy complejo que precisa de dedicación, voluntad y entrega; y las personas que se dediquen a él deben poseer las cualidades de constancia y tenacidad.

Es un trabajo que no depende solo de la buena intención y del sentido común: es necesario formarse como directivo y contar con personas con un perfil científico-técnico adecuado y, sobre todo, con valores de servicio público.

La esencia, lo nuclear del trabajo directivo son las personas, no los aparatos, ni los procedimientos. Sin personas a las que dirigir no se sustenta la necesidad de dirección. La dirección existe para conseguir resultados que puedan medirse en términos de producción (p. e., número de pacientes atendidos), de resultados clínicos (p. e., con qué mortalidad evitable), de costes (p. e., los de un infarto agudo de miocardio) o de satisfacción de los pacientes atendidos o de sus familiares.

Pero los resultados se obtienen como consecuencia del trabajo directo de las personas que constituyen el equipo. Por tanto, la tarea directiva exige y consiste básicamente en ejercer una influencia positiva sobre las conductas de los individuos que componen el equipo para que estos incorporen en su actuación las necesidades de la organización, o sea, de su motivación. La mayor parte de las veces, esa influencia consistirá en coordinar las personas, las actividades y los recursos para facilitar el trabajo a los profesionales y trabajadores en general.

En la bisectriz entre la orientación del directivo a resultados y las relaciones humanas con su equipo y entre las personas que lo constituyen, se encuentra la dirección de excelencia.

## La dirección de profesionales en organizaciones sanitarias

Las organizaciones profesionales, como apunta Minzberg (2), no coordinan sus actividades por la línea jerárquica. Esto quiere decir que no es la Dirección quien determina la manera correcta de desarrollar el trabajo. Los profesionales tienen un

proceso de socialización, de aprendizaje de su profesión, que está fuera de la organización sanitaria, viene con ellos a través de las sociedades científicas, las escuelas de referencia, los colegas, etc. En este contexto, el estilo de dirección posible es un liderazgo facilitador, coordinador de personas expertas y respetuosas con el ejercicio profesional.

La dirección tiene la obligación de generar un terreno de juego donde sea posible la autonomía profesional y acordar los resultados esperados, así como mantener un diálogo respetuoso con los profesionales. Sólo la libertad y autonomía profesional pueden garantizar resultados sobresalientes, pero la autonomía profesional solo se legitima con resultados orientados a los derechos de la ciudadanía y a la excelencia científico-técnica.

Es imprescindible que todas las personas sepan y puedan negociar lo que se espera de ellas; que se defina cómo conseguir los recursos para realizar su trabajo correctamente y que se haga un seguimiento conjunto de las metas acordadas.

Al final, lo importante son los valores que hay detrás del estilo de dirección. Algunos piensan que son cosas poco prácticas, que no sirven para la gestión de verdad; pero en el día a día, en la realidad, lo condicionan todo (3). Aunque es habitual encontrarlos relacionados en los planes estratégicos, suelen ser declaraciones vacías de contenido. En el fondo, interesan los datos objetivos como presupuestos, productividad y —últimamente muy importante— las noticias en los medios de comunicación. Pero, como decíamos antes, hay cosas que, aun siendo inaprensibles, tienen mucha importancia, como son: la integridad, entendida como coherencia; la justicia, entendida como respeto a la igualdad de oportunidades; la responsabilidad, entendida como compromiso de trabajo; y el diálogo, entendido como procedimiento adecuado de resolver diferencias y llegar a acuerdos.

Un elemento imprescindible para una buena dirección de profesionales es la credibilidad. Este es un concepto que, en nuestra opinión, es fundamental, y tiene varios componentes: fiabilidad (hacer lo que dices que harás); aceptación (las personas son los recursos de que dispones); sinceridad (decir lo que piensas); congruencia (decir y hacer lo que crees que debe hacerse). Después están las cualidades personales: capacidad para asumir riesgos, sentido del humor, imaginación, confianza en sí mismo o capacidad de comunicación. Pero lo importante son los valores que hay detrás del desempeño de su labor, y esto es más visible en un directivo que en cualquier otro puesto de trabajo.

## La participación

Quizás la herramienta más potente y eficaz y la acción menos arriesgada de la dirección para conseguir la motivación es la participación.

Si los resultados son pobres, la responsabilidad superior es de la dirección, independientemente de si el nivel de participación en la gestión del Servicio es bajo o alto. Pero, ¿es posible obtener resultados excelentes sin una amplia participación de los profesionales que constituyen el equipo...?

Cuando demandan mayor participación, algunos profesionales lo que están pidiendo o exigiendo es que se les tenga informados permanentemente de todas las decisiones, y que se tenga en cuenta su opinión.

Cualquier Servicio clínico debería definir su proyecto, debatirlo y acordarlo con el equipo de profesionales. A partir de ahí, la participación consiste en hacer partes de todas las tareas que hay que realizar, asignar una parte a cada profesional de manera consensuada y delegar en cada cual la autoridad necesaria para que puedan llevarlas a cabo. Esta es, para nosotros, la verdadera participación. Hay que tener en cuenta que:

- No hay nada que motive más a un profesional altamente cualificado (como lo son médicos o enfermeros, pero sirve para cualquier persona trabajadora), que su propia realización profesional y personal.
- ¿Cómo puede argumentar un profesional al que se le ha encargado el control y mantenimiento actualizado de los procedimientos, guías, vías o protocolos clínicos, que no participa de la gestión clínica o que no tiene información?

La dirección de un Servicio tiene que superar el miedo, la ansiedad o la inapetencia para, de verdad, asignar tareas de gestión clínica a cada una de las personas de su Servicio. Esta acción convierte, en ese mismo momento, al grupo de profesionales en un equipo, porque cada uno de ellos tiene ahora una función específica que cumplir de la que dará cuenta ante el resto, ya que los resultados lo son de todos.

La persona que ocupe el puesto de dirección debe dedicarle a esto el tiempo que sea necesario para encargarse a cada cual la tarea que le es afín, que le gusta y que puede efectivamente llevar a cabo: hospitalización, hospital de día, consultas, docencia, investigación, protocolos, cuadro de mando, preparación del Servicio para la acreditación externa, control de caducidades, programa de mantenimiento de equipo electromédico, *stock* del almacén de fungibles, etc. La actividad asistencial está cada vez más fragmentada por la especialización de la medicina. Es necesario conseguir que los profesionales participen en diseñar algo tan relevante para la actividad clínica como «el entorno de la asistencia», entendida como todo aquello que contribuye y condiciona el acto clínico: la relación con otros servicios, la continuidad asistencial, los mecanismos de comunicación, las medidas relacionadas con la seguridad del paciente, etc.

En el extremo, la dirección no tendría que ocuparse más que de la representación del Servicio, la elaboración y comunicación del proyecto de futuro del Servicio, el pacto de los objetivos individuales, la evaluación, coordinación y apoyo de los miembros del equipo y el seguimiento de los resultados.

En nuestra opinión, no es posible obtener resultados excelentes si no es con la máxima participación de todos los miembros del equipo.

Para realizar esto, es necesaria la delegación de autoridad que contiene tres aspectos imprescindibles: la **delegación** en sí misma («...te vas a encargar de este aspecto y lo comunicaré a todos los miembros del equipo para que no haya dudas...»), la **supervisión** (periódicamente debe preguntar a cada uno de su equipo «¿Qué tal va eso?», y escuchar sin prisas, con atención y el tiempo necesario) y el **apoyo** (orientándolo, quitándole temores e incluso ayudándole personalmente en la tarea concreta a veces en forma manual). Un error frecuente de la dirección es delegar y olvidarse definitivamente del tema.

Si un directivo prefiere hacerlo todo él porque «lo hace mejor y acaba antes», jamás dispondrá de tiempo para supervisar y apoyar. Pero lo peor es que los resultados que se obtengan serán suyos y no del equipo. A los profesionales no les quedará más remedio

que aceptar y divulgar que todo lo que se hace son cosas del jefe o jefa, de las que no se sienten partícipes porque no han tenido esa posibilidad. No será un logro del equipo. Estamos, en el mejor de los casos, ante el típico jefe de Servicio que se pasa todo el día en el hospital o en el centro de salud, con cierto aislamiento social, con dificultades familiares, pero, eso sí, del que dirán «es un trabajador incansable», «eso no se le puede negar», «menos mal que está este ahí, de otro modo el Servicio sería un desastre» ...

## La información y el cuadro de mando

Una vez que los objetivos del Servicio se han establecido por la dirección de la institución con mayor o menor participación de la dirección del servicio correspondiente, y distribuida y asignada la responsabilidad del seguimiento entre los miembros del mismo, hay que hacer una monitorización del grado de consecución de esos objetivos.

Para una buena gestión es imprescindible disponer de un sistema de información que permita hacer la monitorización de los objetivos y los indicadores de actividad y calidad formulados, con objeto de corregir las desviaciones que se vayan produciendo a lo largo del año.

¿Qué monitorizar?: los objetivos establecidos por la dirección y aquellos otros que tengan un interés específico para los miembros del Servicio.

Hay que insistir en el hecho de que un objetivo que no pueda ser medido, no es realmente un objetivo. Es otra cosa: un deseo, un tema de interés, una línea de trabajo, pero es absolutamente injusto evaluar a una persona o a un Servicio sin datos precisos sobre los resultados.

De todo lo anterior se deduce que antes de formular un objetivo, debe comprobarse previamente que este puede ser medido con las herramientas de que se disponga en la institución de que se trate.

Si realmente se ha conseguido una participación mayoritaria de los profesionales, debe hacerse un seguimiento cercano (por ejemplo, cada 15 o 30 días) mediante una sesión conjunta de lo que podría denominarse «equipo de gestión» (responsables de áreas de trabajo, supervisores, enfermeros, administrativos y otros) para hacer una vigilancia precisa del nivel de consecución de los resultados y acordar las medidas correctoras en caso de que se precisen.

## El seguimiento y la evaluación

La palabra «control» tiene connotaciones negativas de inspección, desconfianza, rigidez. Sin embargo, la «monitorización» es una palabra que se acepta muy bien en el sector sanitario y casi es una actividad considerada de excelencia: se monitorizan las constantes vitales en el proceso de anestesia, en las unidades de cuidados intensivos o cuando se lleva a cabo una exploración invasiva.

Durante la gestión clínica debe procederse inevitablemente a monitorizar cómo se progresa en el tiempo en aquellos aspectos que consideremos esenciales: mortalidad evitable, complicaciones, secuelas, gasto farmacéutico, estancia media, demoras, satisfacción de los pacientes, reclamaciones y otros. Es imposible saber qué cosas hay que corregir si no se dispone de la información adecuada, o sea, de un cuadro de mando alimentado regularmente con la cadencia que convenga.

Pero la dirección no debe quedarse sólo en la observación, sino que debe actuar... ¡felicitando a los profesionales que van bien en la consecución de los objetivos del Servicio y en los individuales! Esta acción, la de felicitar una y otra vez a quien lo hace bien (no debemos cansarnos de esto, es gratuita y tiene un gran efecto sobre las personas), es absolutamente esencial en una buena dirección.

Pero el problema surge cuando la monitorización de los datos, nos indica que los resultados no son los deseados o los objetivos no se están cumpliendo. ¿Entonces, qué? La otra gran función de cualquier persona que ocupe un puesto directivo es la de supervisión y apoyo. Muchos líderes se sorprenden cuando comprueban cómo pueden ayudar a los miembros de su equipo a conseguir los resultados deseados solo con preguntarles, hacerles aportaciones de ideas, explicarles bien el sentido del objetivo en concreto o, sencillamente, ayudarles manualmente.

Control, supervisión y apoyo. Todo al mismo tiempo. Ninguna cosa sin la otra.

## Para ser justos hay que discriminar

Para muchas personas el término «discriminación» tiene una connotación negativa, en el sentido de que cuando se discrimina a alguien, se está cometiendo un atropello, una injusticia. Pero en la dirección de un servicio clínico la discriminación en el trato y en la evaluación de las personas trabajadoras es exactamente la herramienta más adecuada para tratar justamente a cada una de ellas. No se puede tratar de igual forma a quienes son desiguales. Una buena gestión exige estar permanentemente discriminando entre lo que conviene al Servicio o a los pacientes y lo que no conviene, entre lo útil y lo inútil, entre lo que añade valor y lo que no, entre lo eficiente y lo que no lo es...

Evidentemente, lo que no se puede en ningún caso es discriminar a las personas (en el ámbito laboral y en general) atendiendo a sus creencias, edad o ideología política. Ahora bien, a quien llega tarde, tiene un maltrato a los pacientes o es incorrecto en sus relaciones con los compañeros, hay que discriminarlo en el sentido de que hay que darle un trato diferenciado por parte de la dirección: llamarle la atención, amonestarle, ponerle una baja nota en la evaluación anual del cumplimiento de objetivos individuales, no autorizarle la asistencia a congresos o lo que convenga en cada caso. Los demás compañeros deben comprobar que la dirección de la unidad discrimina y no trata a todo el mundo igual, sino justamente en función de su comportamiento con respecto al equipo.

En general, cuando se trata de evaluar a profesionales altamente cualificados como el personal facultativo o de enfermería, la dirección no debe regatear con un punto más o menos, ya que esto no tiene sentido para un profesional. Siempre es mejor equivocarse en el sentido de que se le haya puesto una nota más alta de la que merecía que una nota baja

cuando merece una mejor consideración (esto tiene una extraordinaria influencia negativa sobre la motivación).

## La innovación y las relaciones con el entorno

El establecimiento de alianzas con los servicios clínicos afines, con otros niveles asistenciales, sociedades científicas, Universidad, asociaciones de pacientes, la industria y otras entidades, son necesarias para el logro de resultados y de sinergias que permitan ir más allá, hacia la innovación y el desarrollo futuro.

En un entorno político, social y sanitario en permanente cambio, las necesidades de los clientes directos (los pacientes) o indirectos (otros profesionales sanitarios) se modifican continuamente en un proceso cada vez más acelerado. El o la responsable del Servicio debe mostrar su liderazgo (y se lo juega) en este aspecto, y ser la avanzadilla en detectar qué nuevas necesidades hay que cubrir e impulsar los cambios precisos para lograrlo.

Esto es parte de la capacidad innovadora de la que debe disponer la dirección: la introducción de cambios adaptativos para responder a su propio entorno y velar por el desarrollo profesional del equipo para garantizarlo.

En otro orden de cosas, el líder debe también propiciar y animar a la incorporación de innovaciones en las técnicas diagnósticas y terapéuticas propias de la especialidad de que se trate, así como, en un nivel de excelencia, incorporarse a la aportación científica en la medida de sus posibilidades.

## Gestionar a la alta Dirección

La dirección de un Servicio no elige a los directores de los hospitales, las áreas de salud o los distritos de Atención Primaria, sino que tiene que convivir con ellos.

Es ingenuo pensar que el nuevo director gerente que acaba de incorporarse va a realizar un esfuerzo de adaptación a cada uno de sus directivos intermedios. Esto sería un regalo del azar y el comienzo de un periodo de excelencia en la alta dirección. La experiencia nos dice que es muy difícil dirigir adecuadamente una institución sanitaria y que los profesionales mejor dotados no son, necesariamente, los que llegan a ese nivel de responsabilidad.

Esperar que la persona que ocupa la dirección de la institución, que es necesariamente generalista, te haga aportaciones para mejorar como directivo de un servicio clínico es una ingenuidad y es un milagro que sólo en muy contadas ocasiones puede ocurrir. Si este es el caso, conviene ponerse manos a la obra para aprender todo lo que se pueda en el espacio de tiempo que sea posible.

Lo frecuente es que la Dirección del Servicio Clínico tenga que relacionarse con una persona muy ocupada, que no entrará en el detalle, que difícilmente prestará atención pormenorizada a lo que quiere contarle y que, sin embargo, estará muy interesada en

darle la instrucción que tiene preparada o, como mucho, comentar un incidente o una cuestión que le preocupa.

La alta dirección casi nunca toma la decisión que técnicamente es más correcta, sino la primera que cumple con las características que espera de la misma y que no suele coincidir con la visión profesional, pues tienen que ver con cuestiones como: el coste de la misma, el ambiente político en ese momento, las noticias en los medios de comunicación, la visión de los sindicatos, la contrariedad que va a provocar en otros jefes de Servicio, y otros aspectos.

Por tanto, en las distintas alternativas posibles, conviene que la Dirección del Servicio se ponga en la posición del Director de la Institución, y ordenarlas no del modo en que técnicamente son más correctas sino como cree que las considerará este. Sobre todo, no debe sorprenderse ni mostrarse perplejo con la elección del director: las cosas funcionan de esta manera.

La primera respuesta a una propuesta de la alta dirección debe tener un tono positivo. Con posterioridad pueden hacerse distintas preguntas cuyas respuestas lleven implícitas acciones diferentes a las que plantea la dirección y que son más fáciles de asumir por la jefatura del Servicio para lograr el objetivo que se esté tratando. Esto puede dilatar o reconducir una decisión que va a ser muy difícil de aplicar sin una gran resistencia y malestar de los profesionales del Servicio.

## Algo más sobre motivación y la gestión a largo plazo

En las personas adultas es posible identificar tres grandes deseos:

1. Vivir cómodamente (en nuestro caso, trabajar cómodamente), sentirnos seguros.
2. Experimentar una vinculación social, afectuosa, amable, donde podamos querer y que nos quieran, donde no nos sintamos solos, sino arropados.
3. Saber que progresamos en algo, sentir que somos significativos, no insignificantes; saber que somos valorados.

En la práctica estos deseos se traducen en la necesidad que todos tenemos de que alguien preste atención a lo que hacemos, en particular la persona de referencia, nuestro jefe. Estamos progresando y necesitamos que alguien nos lo reconozca.

Pues bien, cuando queramos motivar a alguien para realizar alguna actividad, necesitamos enlazar esa actividad con alguno de estos tres deseos básicos:

- Puedo motivar mejorando las condiciones de trabajo. Aunque es una estrategia de motivación limitada, en determinadas ocasiones es muy importante, ya que es una necesidad que en lo básico debe estar satisfecha.
- Puedo intentar que esa persona se encuentre reconocido en sus esfuerzos. Esta estrategia es más potente, ya que somos muy vulnerables al elogio, al reconocimiento. El incentivo más potente para profesionales son los logros de carácter, precisamente, profesional.

- Podemos intentar que esa persona tenga una experiencia de éxito, la sensación de que ha hecho bien algo. Esta estrategia está muy relacionada con la anterior. La experiencia de haber progresado es tan estimulante que todos queremos repetirla.

El objetivo es dar sentido a lo que hacemos, todos necesitamos saber que colaboramos en algo importante y tenemos vocación de una cierta altura de miras. Sobre todo, si colaboramos en un proyecto noble, si trabajamos en una organización donde se valora el trabajo de cada profesional y si hay una cierta comodidad en el desarrollo de nuestro trabajo.

La motivación es un fenómeno que emerge del fondo de nosotros mismos, pero que está influido por el entorno, la cultura y la sociedad, por eso debemos cuidar el clima en el que desarrollamos nuestra actividad profesional.

Por otra parte, existe toda la evidencia de la que se quiera disponer sobre el hecho de que el miedo mueve a las personas a la acción. La amenaza continua, la coacción, el descrédito ante los demás, puede surtir efecto inmediato. El problema para la Dirección de un Servicio Clínico es que trata con profesionales muy cualificados, con memoria, con paciencia, que esperarán su momento para devolverle el trato y mientras tanto trabajarán en régimen de obediencia maliciosa: algunas cosas será imposible hacerlas y, además, el hecho tendrá una explicación plausible; se le da a la dirección lo que pide, pero se dejan empeorar aquellas cosas que no estaban previamente explicitadas; se trabaja a reglamento.

Sin entrar a fondo sobre el hecho de que una gestión a corto plazo es éticamente muy reprochable, en organizaciones como las sanitarias que tienen la intención de perdurar mucho en el tiempo y que precisan de equipos altamente entrenados, la gestión debe ser siempre a largo plazo para obtener de forma permanente resultados de excelencia, como conviene a los pacientes. Esto exige valores compartidos, sentimiento de pertenencia a la organización, compromiso sincero de los profesionales, un continuum sinfín en las mejoras, o sea, una dirección en que las personas sean y se sientan lo más importante.

## Bibliografía

1. Camus, A. El mito de Sísifo. Madrid: Alianza Editorial, 2004.
2. Mintzberg, H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel Económica, 2005.
3. Gracia, D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Ed. Triacastela, 2004.





El entorno de futuro

de las profesiones sanitarias



## El entorno profesional del futuro

**Jorge Fernández Parra**

Presidente

Colegio Oficial de Médicos de Granada

Siempre me ha gustado la palabra médico, principalmente porque tiene el profundo significado de lo que hacemos a diario: ayudar a la persona enferma. Sin embargo, en los últimos años hemos introducido otras palabras como profesión médica o profesionalismo médico que nos hacen sentirnos más cerca de la burocracia que de la intensa vocación que vivimos.

Curiosamente, el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, define al médico como la «persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina». Siendo la medicina «un conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que puede producir». En ninguna de estas definiciones se refiere al paciente, a la persona enferma o al ciudadano con los que cada día establecemos la relación médico-paciente.

Los nuevos términos, que la mayoría de los médicos no hemos incorporado a la percepción de nuestra vocación, son la profesión médica, el profesional médico y el profesionalismo. Cada una de ellas aporta algunos matices, que, si bien casi todos los médicos creemos que tenemos, excepcionalmente hemos reflexionado sobre ellos.

La Organización Médica Colegial elaboró un documento que aclara estos conceptos y que brevemente paso a describir.

La profesión médica incorpora como novedad el espíritu de servicio en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y que debe garantizar:

- La producción, uso y transmisión del conocimiento
- La mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible
- La aplicación de forma ética y competente
- El compromiso con el paciente y con la comunidad

El profesionalismo médico incluye un conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, anteponiendo los intereses de la persona enferma. El compromiso de nuestra práctica diaria es:

- Conocimiento y uso adecuado de los recursos
- La compasión frente al sufrimiento
- La mejora profesional para mejorar la asistencia profesional
- La colaboración con otros profesionales e instituciones sanitarias

Siempre el colectivo médico ha intentado adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para atender con garantía a la persona enferma, considerando su mejora continua a lo largo de su carrera profesional como un compromiso ético con su paciente y la comunidad.

El futuro de la profesión médica es el presente. Formamos a médicos internos residentes que están viviendo una situación de crisis en la sanidad pública relacionada con varios factores: la inestabilidad laboral, la crisis de la organización, la desmotivación de los profesionales y la falta del liderazgo. La inestabilidad laboral de los profesionales no solo afecta a la continuidad asistencial, sino a la motivación personal y profesional. Si no aportamos a estos médicos y médicas en formación los suficientes valores, el estímulo y la satisfacción de la profesión médica, difícilmente podemos hablar de futuro.

Estos últimos años ha ido creciendo la desmotivación en nuestro entorno sanitario. Los recortes sanitarios han afectado especialmente a nuestros médicos jóvenes, mayoritariamente mujeres. Contratos parciales de escasa duración han afectado a profesionales que se estaban iniciando en su carrera. Algunos han tenido que compartir su esfuerzo con la sanidad privada. En el fondo se han roto los sentimientos de pertenencia al sistema sanitario, lo que desde mi punto de vista ha sido un error que afectará en el futuro.

Una de las características de nuestra profesión médica es la producción, uso y transmisión del conocimiento científico. Un buen médico no solo es el que diagnostica, trata y cura a sus pacientes, sino el que difunde su buen quehacer a sus compañeros y por lo tanto pervive en el tiempo, produciendo un beneficio mucho mayor al que él solo hubiese podido hacer. Multiplica por tanto su beneficencia y se convierte en otra gran palabra: maestro. La enseñanza de la profesión médica es imprescindible para hacer una buena medicina.

Desde mi punto de vista hay dos elementos que tendríamos que plantearnos para mejorar nuestra profesión: la mejora de la docencia a los alumnos de Grado de Medicina y la imprescindible mejora de la docencia a médicos internos residentes. El primer esfuerzo debe ser cambiar el objetivo actual de muchas facultades de medicina en las que prima el número de alumnos que aprueban el MIR frente a la verdadera enseñanza de la Medicina. Porque hay conocimientos y habilidades intangibles y no medibles como la ética, el compromiso con su paciente y con la sociedad que tienen que ser elementos imprescindibles en la enseñanza de nuestra profesión.

El segundo reto es la capacitación para la formación. Tenemos la obligación ética de enseñar y transmitir nuestros conocimientos, pero ¿sabemos transmitirlos? No es sencilla la respuesta porque difícil es la solución. Por el hecho de estar en una consulta, o en un quirófano nos hemos impuesto la obligación de enseñar sin tener conocimientos de cómo hacerlo. Por lo tanto, si no sabemos enseñar, es posible que nuestros conocimientos y habilidades no puedan transmitirse en toda su integridad. Además, la confianza muchas veces repetida y tantas veces de forma equivocada en que tenemos el mejor sistema de formación de especialistas nos ha llevado a una situación de autocomplacencia incompatible con la exigencia.

Especialmente difícil es la enseñanza de los valores propios de nuestra profesión, que la mayoría de las veces se produce más por imitación que por transmisión: los principios de la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia que son la base de confianza del paciente en su médico. Estos son los nuevos retos que se plantean a nuestra profesión.

Habíamos comentado anteriormente que la profesión médica garantiza la producción, uso y transmisión del conocimiento. La producción quizás sea la parte más compleja de realizar por el médico de a pie. Nuestro sistema sanitario tiene unos déficits estructurales que hacen muy difícil la compaginación de la asistencia, en muchas ocasiones sobrecargada, con las labores de investigación. De esta forma se percibe a aquellos profesionales de la medicina que investigan como unos privilegiados por su institución, que les permite dedicarse a otras actividades ajenas a las asistenciales, cuando la realidad es que estos profesionales dedican su tiempo a la investigación por vocación.

Es muy difícil tener una carrera universitaria como profesor médico al exigirnos los mismos artículos con factor de impacto que otras profesiones que tienen su tiempo dedicado íntegramente a la docencia y a la investigación. A día de hoy el número de profesores y catedráticos en Medicina disminuyen día a día sin otras generaciones que los sustituyan. Otro factor de discusión sería la necesidad de tener docentes y/o investigadores en las facultades de Medicina, teniendo dos carreras independientes con objetivos distintos.

Una reflexión, por crítica que sea, no debe estar exenta de una propuesta de mejora. En mi opinión la profesión médica tiene que plantearse los siguientes retos:

1. La formación de grado debe orientarse a las necesidades de los pacientes y de la sociedad, intentando transmitir no solo conocimientos y habilidades, sino valores intrínsecos a nuestra profesión.
2. La estabilidad laboral, y no propongo el puesto vitalicio, es necesaria para la motivación personal y profesional del personal sanitario.
3. La formación médica debe enseñarse en las facultades. La transmisión del conocimiento y de las habilidades tiene sus propias técnicas pedagógicas que habitualmente realizamos por interés e intuición.
4. La investigación debe promocionarse en nuestra actividad diaria. Hay que dedicar tiempo a realizar proyectos de investigación, que en un futuro puedan ser recompensados en la carrera profesional. Es imprescindible contar cerca de la actividad asistencial de equipos de apoyo metodológicos.
5. La ética y el compromiso social son necesarios en el desarrollo de nuestra profesión.

De esta forma podemos encontrar el mejor entorno para el profesional del futuro.



# Reflexiones sobre el futuro de la formación de los profesionales sanitarios

## **Arcadi Gual Sala**

Catedrático de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
Universitat de Barcelona  
Secretario de la Sociedad Española de Educación Médica, SEDEM  
Patrón de la Fundación Educación Médica, FEM

## **Felipe Rodríguez de Castro**

Jefe de Sección. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr. Negrín  
Las Palmas de Gran Canaria  
Catedrático de Medicina. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria  
Presidente de la Sociedad Española de Educación Médica, SEDEM  
Patrón de la Fundación Educación Médica, FEM

## Introducción

Antes de plantearnos el futuro de la formación de profesionales sanitarios nos debemos preguntar cómo serán, o mejor, cómo nos gustaría que fuesen esos profesionales sanitarios, y en especial nuestros profesionales de la medicina y la enfermería, en un futuro próximo. No es fácil responder a esa pregunta porque la velocidad y profundidad de las transformaciones sociales y económicas a las que estamos sometidos son tan intensas que hacen muy difícil esbozar el modelo de profesional sanitario que cuidará<sup>5</sup> de nuestra salud en la próxima década. Tampoco es fácil predecir lo que debería ser un modelo sanitario que tuviera en cuenta el necesario equilibrio económico que implica incorporar los avances tecnológicos y los cambios sociales a las demandas asistenciales de la ciudadanía.

---

<sup>5</sup> El término «cuidar» se refiere a uno de los atributos del Profesionalismo definidos por Cruess en relación al relevante papel de «sanador» que han de desempeñar tanto los médicos como las enfermeras; el profesionalismo reivindica este papel que los médicos tecnológicos han «abandonado» en contraste con la total incorporación por parte de la enfermería. (Cruess, RL; Cruess SR & Steinert Y. *Teaching Medical Professionalism*. Cambridge University Press. 2009).

En el año 2009, la Fundación Educación Médica señaló diferentes aspectos, aún vigentes, tanto del perfil profesional de la medicina del futuro como, debidamente adaptados, de la enfermería del futuro.

Cuadro 1. Perfil de profesionales sanitarios para la década de los años 20

- Que traten enfermos y no enfermedades
- Que tengan permanentemente una actitud crítica y reflexiva
- Que sean buenos comunicadores y empáticos
- Que sean responsables individual y socialmente
- Que tomen la mejor decisión tanto para el paciente como para el sistema
- Que sean capaces de ejercer liderazgo
- Que sean competentes, efectivos y seguros
- Que sean honrados y confiables
- Que se comprometan con las personas enfermas y con la institución
- Que vivan los valores del profesionalismo

Fuente: modificado de «El médico del futuro», 2009, H. Pardell & A. Gual.

## Retos de la formación de los profesionales sanitarios

La formación de profesionales sanitarios en España, al igual que sucede en otras partes del mundo desarrollado, ha sufrido cambios sustanciales en los últimos años. Estos cambios plantean nuevos retos y ofrecen oportunidades, tanto a los docentes como a la Administración. El Cuadro 2 muestra algunos de los retos a los que se enfrenta la formación de especialistas.

## Cuadro 2. Retos actuales en la formación de los profesionales sanitarios

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proceso selectivo             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Acceso al grado y a la formación especializada</li> </ol> </li> <li>2. La formación académica: grado y formación especializada             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Calidad, movilidad, diversidad, competitividad</li> <li>2.2. Formación en competencias y su evaluación</li> <li>2.3. La formación del postgrado</li> </ol> </li> <li>3. El entorno educativo             <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Curriculum oculto</li> <li>3.2. Evidencia y autonomía del médico/a</li> <li>3.3. Relaciones con las aseguradoras y la industria</li> <li>3.4. Estrés y formación; la vulnerabilidad del/de la residente</li> </ol> </li> <li>4. Competencias genéricas o transversales             <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Profesionalidad como competencia</li> <li>4.2. La ética en el proceso formativo</li> <li>4.3. Habilidades comunicativas como prioridad</li> </ol> </li> <li>5. Nuevo perfil del residente             <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Diferencias intergeneracionales</li> <li>5.2. Cambios demográficos</li> <li>5.3. La democratización del conocimiento y los cambios tecnológicos</li> <li>5.4. Relaciones tutor-residente</li> <li>5.5. Nuevas interpretaciones el profesionalismo médico</li> </ol> </li> </ol>
---

*El proceso selectivo. Acceso al grado y a la formación especializada*

La cualificación que se exige a los profesionales sanitarios es cada vez mayor. Medicina es la carrera universitaria más larga y en el caso de Enfermería también se observa un incremento notable del número de candidatos y una nota de acceso cada vez más alta. El tiempo mínimo requerido para poder ejercer como médico general en el sector público en nuestro país es de 11 años. En enfermería, la gran profesión emergente del siglo xx, con la ampliación a cuatro años del ciclo de grado y la posibilidad de cursar títulos de master o acceder a las nuevas especialidades, el periodo de formación puede duplicar fácilmente el de hace una década. Por otra parte, el oficio de la medicina o la enfermería adelanta la fecha de caducidad de sus destrezas y conocimientos a medida que el cambio tecnológico se acelera. Por eso, la necesidad de la formación continuada es más acuciante en el ámbito sanitario que en otras profesiones.

A este nivel de exigencia hay que añadir que los salarios de los profesionales sanitarios en España están muy por debajo de los de otros países europeos. En nuestro país un profesional de la medicina o enfermería cobra prácticamente lo mismo a los 35 que, a los 55 años, mientras que en muchos de los países de nuestro entorno se va ascendiendo progresivamente a mejores cotas retributivas y de reconocimiento profesional. Pese a todo, Medicina es la carrera más demandada por en el inmenso poder social que gestiona la medicina, entendiéndose por tal el ejercicio de resolver sobre aquello que los seres

humanos consideran su mayor patrimonio: su salud. Además, la medicina ha sabido integrar, quizás como ninguna otra profesión, los avances de la ciencia y la técnica, lo que la hace particularmente fascinante.

Pero la admiración ante los avances científicos en el campo de la biología, o el deseo de ejercer un destacado papel social, no son requisitos suficientes para ser un buen médico/a o enfermero/a. Muchos educadores comparten la idea de la evidente necesidad de modificar los actuales criterios de selección de los candidatos a estudiar estas profesiones. Es preciso ir más allá de la simple nota de corte actual para primar el perfil humano y vocacional orientado al ejercicio profesional. Algunos autores han señalado que las calificaciones obtenidas en ciencias durante los estudios preuniversitarios se correlacionan con los resultados logrados durante los dos primeros años de la carrera, pero no guardan prácticamente ninguna relación con los alcanzados en los últimos cursos o con la competencia clínica conseguida. De hecho, los estudiantes más brillantes en las asignaturas de ciencias en el bachillerato parecen tener unos intereses más limitados y mayores dificultades en las relaciones interpersonales (1). Otros investigadores han encontrado resultados semejantes (2), lo que ha llevado a que un significativo número de facultades de medicina de Gran Bretaña, Estados Unidos, Australia o Canadá estén evaluando criterios alternativos de admisión en sus centros. Algunas universidades privadas han implementado criterios de selección adicionales a los estatales. En estos criterios deben contemplarse no sólo los conocimientos en las ciencias básicas, sino también otros aspectos no cognitivos relacionados con la personalidad de los candidatos (3,4).

### *La formación académica: grado y formación especializada*

#### a) Calidad, movilidad, diversidad, competitividad

La Unión Europea (UE) ha experimentado en los últimos años cambios profundos y ha pasado a considerarse un espacio social cada vez más integrado. Ha sido creciente el interés de los países europeos por construir una Europa del conocimiento y por establecer sistemas que permitan garantizar la calidad de las enseñanzas que imparten sus instituciones universitarias. El «Espacio europeo de educación superior» (EEES) — conforme a los principios de calidad, movilidad, diversidad y competitividad—, la UE quiere conseguir mayores niveles de desarrollo y de bienestar, y avanzar hacia la conquista de dos de sus objetivos estratégicos: la conversión del EEES en un polo de atracción para los estudiantes y los profesores de otras partes del mundo, y el incremento del empleo en Europa.

#### b) Formación en competencias y su evaluación

El modelo de médico y de enfermera europeo sería aquel que, al final de sus estudios de grado, tuviera todas aquellas competencias básicas que le permitieran ejercer de manera tutelada en nuestro sistema sanitario y acceder a una formación especializada en

cualquiera de las disciplinas (aunque esto no es tan claro en enfermería, donde la especialización tiene un carácter más opcional). Además, debería capacitarles para iniciarse en la investigación biomédica y, eventualmente, en la docencia. En cuanto a sus competencias profesionales, al diseñar los perfiles profesionales y académicos también debe tenerse en cuenta la opinión de los otros agentes implicados, como son las administraciones educativas y sanitarias, el sistema público de salud, las organizaciones profesionales, profesionales de la medicina o la enfermería en ejercicio, los estudiantes, los graduados y, de modo especial, los tutores de postgrado que van a recibir, en última instancia, a los graduados formados en las facultades.

Pero no basta con definir las competencias. El modelo curricular ha de poner mayor énfasis en el desarrollo de las competencias que en la mera transmisión de información y de conocimientos teóricos. Tampoco hay que olvidar que un *curriculum* basado en competencias es, por definición, un *curriculum* integrado, y que los modelos curriculares y los métodos educativos seleccionados deben asegurar una preparación real de los estudiantes para que se responsabilicen de su propio proceso de aprendizaje y para llevar a cabo un proceso de aprendizaje autónomo de por vida. Finalmente, para garantizar una correcta adquisición de las competencias por parte de los estudiantes, hemos de ser capaces de formarlos en todos los entornos educativos posibles: hospital, atención primaria, laboratorio de habilidades clínicas.

Conjuntamente con otros elementos, esta evaluación de las competencias tendría que ser reconocida tanto por las asociaciones profesionales como por los programas de formación postgraduada. Ello permitiría aliviar, al menos en parte, la hipoteca que ejercen sobre la enseñanza pregraduada (5) los exámenes llamados de médicos y enfermeras internos y residentes (MIR y EIR), cuya reforma se hace cada vez más apremiante. Un EEES como el que se está construyendo va a permitir una mayor permeabilidad del conocimiento y va a dotar a los estudiantes y a los profesionales de mayores cotas de libertad de movimiento.

### c) La formación de postgrado

En la última década se han producido en España cambios regulatorios sustanciales en la formación especializada que han contemplado aspectos tanto laborales como formativos. Prácticamente todas las especialidades, tanto médicas como de enfermería, están experimentando cambios específicos sustanciales que plantean nuevos retos educativos. El cuerpo de doctrina se ha incrementado de forma notable, sin que paralelamente haya aumentado el período formativo. Además, la evolución de los conocimientos técnicos y científicos ha transformado radicalmente la calidad de vida y el pronóstico de muchos pacientes e inciden en el desarrollo, en la evolución y en el ejercicio de la medicina y, como es natural, en los planes de formación de los futuros especialistas (6).

Como consecuencia de esta explosión en el conocimiento y en las posibilidades terapéuticas de la medicina, ha emergido con fuerza la «subespecialización». Esto genera un cierto sectarismo intelectual y puede poner en peligro la figura del especialista general, —particularmente en los hospitales docentes de mayor proyección—, aunque precisamente sea ésta la figura idónea para la formación de los jóvenes especialistas. Los

conocimientos que deben lograrse en esta fase de la formación son de carácter aplicativo, con un énfasis especial en la adquisición del juicio crítico y de las habilidades necesarias para el ejercicio profesional. Las actitudes se incorporan por imitación espontánea de los modelos que se presentan con la actuación de los profesionales y a través de la cultura institucional con la que los residentes han de convivir a diario.

### *El entorno educativo*

#### a) El currículum oculto

Una gran parte de lo que se enseña, y desde luego mucho de lo que se aprende, tiene lugar fuera de los cursos o explicaciones formales (7), pues se basa, en interacciones que tienen lugar fuera de los espacios formalmente identificados como docentes. Esta idea supone considerar a los hospitales, a los centros de salud y a las instituciones formativas en su conjunto, como entidades culturales y comunidades morales íntimamente implicadas en la construcción de definiciones de lo que está bien y de lo que está mal, lo que es «buena» o «mala» asistencia. Este concepto de *curriculum informal* exige un reconocimiento de la educación médica como un proceso cultural y, por tanto, como algo en constante cambio y sometido a fuerzas externas.

#### b) Evidencia y autonomía del profesional de la medicina (*El equilibrio entre arte y ciencia*)

A medida que la ciencia progresa y su capacidad terapéutica aumenta, la responsabilidad de los profesionales de la medicina y de la enfermería crece de forma paralela en un sistema que espera y recompensa una práctica profesional ajustada a normativas y protocolos. Se uniformiza así el estilo de la práctica clínica y se disminuye al máximo la variabilidad (8) con protocolos, guías de práctica clínica, normativas, reglas internas de prescripción y vías clínicas, que cumplen el doble propósito de conseguir que la medicina se base en la mejor evidencia disponible y restringir el poder discrecional del personal médico o de enfermería sobre el gasto. En las últimas décadas se ha abandonado el ejercicio aislado para incorporarse a equipos sanitarios; se ha pasado del trabajo realizado por cuenta propia al efectuado por cuenta ajena. En definitiva, la autonomía profesional ha disminuido en la misma medida en que la habilidad en la percepción clínica se ha visto reemplazada por la evidencia objetiva, protocolizada y oficializada.

En medicina, la máquina no puede reemplazar al hombre, pero hace al profesional cada vez más dependiente de ella.

### c) Relaciones con la industria y las compañías aseguradoras

El carácter especializado del conocimiento de los profesionales sitúa a los profesionales de la medicina, y en menor medida a la enfermería, como agentes de dos principales: los pacientes y los gestores de los centros. La dependencia de más de un principal, junto a la difícil medición de los resultados de los servicios médicos, la urgencia y la sobrecarga de trabajo, favorecen un trasvase de la autoridad real (derecho efectivo de decisión y control) desde quienes ostentan la autoridad formal (directivos y administradores) hacia los profesionales sanitarios. Éstos, a falta de esquemas de incentivos apropiados, pueden inducir al consumo excesivo, con intervenciones innecesarias que pueden ser consecuencia de un déficit de formación, pero también pueden estar motivadas por la práctica de una medicina defensiva, por la personalidad y la manera en que cada profesional sanitario ejerce su oficio, y por los diferentes grados de aversión al riesgo, el manejo de la incertidumbre y la prudencia (9,10).

La separación entre factores de oferta y demanda no siempre está clara en un mercado imperfecto como el sanitario, en el que la demanda está, en parte, inducida por la oferta. Habitualmente es el médico el que determina la demanda que las personas usuarias hacen de los servicios sanitarios. Actores con un papel destacado en el gasto sanitario son tanto la industria farmacéutica como otros sectores industriales relacionados con la tecnología biosanitaria, que, además de proporcionar soluciones a necesidades, origina necesidades y multiplica el número de enfermos con el desarrollo del llamado «marketing del malestar» (11). Las compañías aseguradoras desempeñan también un rol apreciable al influir directa (formación y prestigio del profesional) o indirectamente (estipendios generalmente bajos) en el flujo de personas usuarias que asiste el profesional y que condiciona la relación entre ambas partes (12).

Aunque los conflictos de intereses se han generalizado en la vida de los profesionales sanitarios, ni en la formación de grado ni en la especializada se suele contemplar la enseñanza de cómo abordar esos conflictos.

### d) Estrés y formación. La vulnerabilidad del estudiante de grado o de formación especializada

A pesar de las múltiples lealtades encontradas a las que se enfrenta el alumnado de grado o de formación especializada, y muy concretamente un MIR o un EIR, es posible y deseable que mantenga su foco de atención centrado en el paciente. Los periodos formativos reglados, especialmente la residencia, en la que se compatibiliza la actividad laboral con la formación, son etapas con un considerable nivel de estrés para los futuros especialistas. En ocasiones se da un ambiente en el que se tiene miedo a preguntar y a aclarar dudas o aspectos de difícil comprensión. El resultado es un residente frágil que tiene ante sí la tarea, aparentemente imposible, de relacionarse de una manera compasiva con otro ser humano que sufre: la persona enferma.

Lo que se aprende en un contexto de emociones fuertes se altera por estas emociones, por esto mismo es preciso rebajar la ansiedad del profesional sanitario en formación,

asegurándole que tendrá oportunidades suficientes para adquirir las competencias requeridas en su programa, sin necesidad de sacrificar las necesidades o preferencias de sus pacientes. Hay que pedir a los residentes que informen a sus enfermos de su papel como futuros especialistas, así como de las ventajas e inconvenientes que suponen los hospitales docentes. El residente debe estar adecuadamente supervisado, dado que la sensación de desamparo o un estatus «prematuramente independiente» son las quejas más comunes. Lejos de esto, los tutores deben ofrecerse como mentores y han de ser percibidos por sus residentes como los baluartes de los derechos y la seguridad del enfermo cuando se vean en peligro por una cierta política institucional (14,15).

## Competencias genéricas o transversales

Las competencias específicas configuran al profesional y le dan carta de naturaleza y autoridad en una determinada materia, pero la defensa de las competencias genéricas o transversales no va en perjuicio de las específicas; antes al contrario, un especialista será tanto mejor cuando además de poseer sus competencias específicas, tenga y mantenga las competencias genéricas o transversales. En el Cuadro 3 indicamos algunas competencias genéricas más relevantes, como el profesionalismo, la ética y la comunicación.

Cuadro 3. Competencias genéricas o transversales

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los valores profesionales (<i>el profesionalismo</i>)</li> <li>– La ética</li> <li>– La comunicación</li> <li>– Las ciencias cognitivas             <ul style="list-style-type: none"> <li>– El razonamiento clínico</li> <li>– La capacidad reflexiva</li> </ul> </li> <li>– La gestión clínica</li> <li>– La informática</li> <li>– Alfabetización en salud (<i>health literacy</i>) (17)</li> </ul>
---

Fuente: Modificado de «El médico del futuro», 2009, H. Pardell & A. Gual.

### a) El profesionalismo como competencia

El profesionalismo es la adherencia al ideario —virtudes y compromisos— que guía la actuación de los profesionales de la medicina y que se manifiesta en forma de conductas características; por lo tanto, debe considerarse como una competencia que los estudiantes y los residentes deben ir alcanzando a lo largo del proceso educativo, para luego mantenerla y mejorarla durante toda su vida activa. Este proceso espontáneo dependería de los modelos profesionales que van encontrando y de la cultura institucional

predominante en el centro en el de aprendizaje (*curriculum oculto*). Actualmente se considera necesario que el proceso por el que se adquiere esta competencia sea explícito (18) y aun antes de que se expongan a las primeras experiencias clínicas, los residentes deberían desarrollar un espíritu crítico en situaciones de conflictos entre valores (19).

#### b) La ética en el proceso formativo

Otra clase de problemas éticos son los que surgen por las obligaciones éticas que el residente tiene como profesional y estudiante, como profesional y tutelado, y como profesional y empleado de una institución docente (19). La resolución de estos conflictos en un momento de alto nivel de estrés, cuando las debilidades personales -miedo, cansancio, dudas, ignorancia- conducen, en ocasiones, a tomar decisiones éticamente dudosas, es particularmente compleja. Aunque el planteamiento teórico es igualmente válido para profesionales de la medicina y de la enfermería, son los primeros los que al ser responsables de un mayor número de decisiones clínicas y terapéuticas se encuentran más afectados por estos problemas.

**Conflictos entre los papeles de médico y de discente.** Las obligaciones de los residentes de aplicar tratamientos o realizar procedimientos para beneficiar a sus pacientes, pero también de adquirir experiencia clínica son, a veces, incompatibles.

**Conflictos entre los papeles de médico y de tutelado.** Un segundo tipo de dilema ético surge para el residente por sus obligaciones con sus pacientes y con su tutor. En condiciones «normales» la idea de beneficencia que tiene el residente se alinea perfectamente con la que tiene su tutor, pero, a veces, pueden discrepar sobre la mejor opción terapéutica.

**Conflictos entre los papeles de médico o enfermera y de empleado.** En ocasiones el residente puede tener conflictos entre sus obligaciones hacia el paciente y la necesidad de seguir las normas del centro en el que trabaja.

#### c) Habilidades comunicativas como prioridad

Es preciso que los residentes se formen adecuadamente en habilidades comunicativas y que sean conscientes de que una buena comunicación debe considerarse siempre como un cimiento de calidad en la relación entre el o la profesional sanitario y la persona usuaria; como una fuente de satisfacción para ambos, y como un determinante de una mejor adherencia al tratamiento. Aunque una restricción en el tiempo limita la efectividad de una entrevista clínica tampoco hay que desdeñar el lenguaje paraverbal que es de gran importancia. Además de pacientes, los enfermos son personas que experimentan situaciones vitales que no siempre desean comentar delante de sus familiares. El usuario quiere ver en la consulta siempre al mismo profesional y que éste le dedique el tiempo suficiente para decir lo que quieren decir. Las consultas se perciben como situaciones estresantes por lo que las personas enfermas recuerdan menos del 50% de lo que se les dice durante la entrevista clínica. Hay diferentes alternativas entre las que destaca la entrevista telefónica, el video, la monitorización a través del teléfono móvil, el correo

electrónico y otros instrumentos relacionados con la telemedicina que ya han sido ensayadas con éxito en distintas circunstancias (20). En todo caso, conviene recordar que el desarrollo de la telemedicina quebranta la tradicional sincronía témporo-espacial de la relación entre cada profesional sanitario y su paciente, con importantes repercusiones desde el punto de vista de la gestión (8).

El médico o la enfermera en formación deben ser conscientes de que cada vez es más habitual que su paciente se implique en la elección del tratamiento o en la decisión de cómo abordar su problema de salud. En un modelo cultural más igualitario suele optarse por una fórmula de responsabilidad compartida (21). El colectivo médico tiene dificultades a la hora de identificar a las personas que tienen mayores problemas en la comprensión, que no suelen exteriorizar sus limitaciones y pueden tener una evolución clínica peor.

## Nuevo perfil del residente (MIR y EIR)

### a) Diferencias intergeneracionales

Un nuevo reto con el que se enfrentan los tutores es la creciente diversidad socioeconómica, cultural y étnica que tienen los residentes. Por otra parte, en los centros formativos coexisten diferentes generaciones de médicos y enfermeros, con distintos valores y distintos estilos de aprender y de trabajar como se describe de forma simple en la Tabla 1.

Tabla 1. Características generacionales

Generación	Años de nacimiento	Descriptor	Características
Generación silenciosa	1923-1945	Leales	No intereses personales; creen en las instituciones; jerárquicos.
<i>Baby boomers</i>	1946-1964	Optimistas	Crecieron en un mundo de oportunidades; idealistas y maniqueos; relaciones interpersonales; comparten.
Generación X	1965-1978	Escépticos	Sin fe en las instituciones; seguridad en sí mismos; personas de recursos; independientes.
Generación Y	1979-1996	Realistas	Marcados por la técnica; espacios virtuales y redes sociales; aprecian la diversidad y les gusta colaborar.
Generación Z	1997-2010	Autodidactas*	Creativos, sobreinformados; el mundo se ha quedado pequeño para esta generación. La diversidad es consustancial. Acostumbrados a la inmediatez.

\* Destierran la educación formal para centrarse en proyectos más vocacionales.

Fuente: Modificada de Elkind, 2009 (22)

Los actuales MIR y EIR se han educado en un mundo en el que se han producido cambios tecnológicos rápidos y profundos. Están acostumbrados al acceso a la información de manera prácticamente ilimitada, sin esfuerzo, son críticos con los métodos docentes tradicionales altamente jerarquizados y son capaces de ordenar sus propias experiencias educativas. Se sienten cómodos estableciendo relaciones con colegas que sólo conocen de forma virtual, lo que les permite organizarse sin restricciones geográficas para resolver problemas complejos. Los miembros de la generación Y han comprobado que algunos de sus integrantes han alcanzado posiciones sociales y económicas destacadas, lo que hace que el sistema tradicional de jerarquías se vea con cierta indiferencia. Aunque se disponen de pocos datos acerca de la actitud laboral de profesionales de medicina o enfermería más jóvenes (22), lo cierto es que un número significativo de tutores siente que sus residentes están más preocupados que ellos mismos por armonizar su vida personal con la laboral y por su calidad de vida.

#### b) Cambios demográficos, más mujeres en Medicina, más hombres en Enfermería

Uno de los cambios demográficos más notables que se ha producido en los últimos años es el incremento de la proporción de mujeres en las últimas generaciones en medicina y, aunque en mucha menor proporción, el aumento de hombres en enfermería. Las repercusiones que tendrá en la profesión esta feminización creciente no están claras. Las mujeres tienen una mayor predisposición a escoger especialidades menos técnicas, más orientadas al paciente y que permitan un desempeño más planificable. Este patrón, que se reproduce en la mayoría de los países occidentales, coincide con el creciente deseo de una mayor proporción de médicos —hombres y mujeres— de tener un trabajo más flexible y con carreras de diseño menos lineal, con períodos sabáticos o interrupciones ocasionales (23).

#### c) La democratización del conocimiento y los cambios tecnológicos

En la actualidad, con el acceso a las nuevas tecnologías la información ya no fluye de arriba hacia abajo, sino que tiene un curso bidireccional. Varios autores han apuntado el poder de Google en la práctica clínica, sugiriendo que puede proporcionar un diagnóstico correcto en más del 50% de los casos clínico-patológicos (24). Todo ello demuestra que la disponibilidad inmediata de una información prácticamente ilimitada tiene un enorme potencial transformador, no sólo del conocimiento de los residentes, sino también de las relaciones con sus tutores, sus colegas y sus pacientes por lo que todos los agentes implicados en el proceso formativo tienen que adaptarse a esta nueva situación y, como en todas las revoluciones, los que tienen que hacer un mayor esfuerzo son aquellos que están situados en lo más alto de la pirámide jerárquica, incluso hay una relación inversa entre el tiempo que se lleva ejerciendo y la calidad de la asistencia que se presta (25).

Probablemente, la pendiente de caída de la competencia esté condicionada por la aceleración de los cambios científicos y técnicos y por la automatización del proceso clínico sin alcanzar la competencia reflexiva (26). En el futuro más inmediato cada

generación contribuirá con habilidades complementarias a la formación del resto del equipo.

#### d) Relaciones tutor-residente

El aprendizaje se construye y, por consiguiente, los residentes no reciben información, sino que son expuestos a ideas sobre las que deben construir un significado, conectar esas ideas con experiencias y conocimientos, evaluarlas y elaborar juicios acerca de ellas. En este paradigma las relaciones entre el tutor y el residente son importantes porque las emociones positivas disminuyen la ansiedad y llevan al residente a adoptar comportamientos de aprendizaje más válidos, como hacer preguntas, asumir retos o probar hipótesis. Por el contrario, un contexto de emociones negativas, como el miedo o la ansiedad, puede interferir con el proceso de aprendizaje porque altera la capacidad del residente para procesar la información de una manera eficiente (14).

Las cualidades que deben presidir la relación entre el residente y el tutor han de ser la flexibilidad, la colaboración, la interdependencia y el respaldo a la propia identidad. El hilo conductor de estos ideales es el concepto de influencia recíproca, que significa que la interacción docente puede conducir al crecimiento de ambos, el tutor y el residente.

#### e) Nuevas interpretaciones del profesionalismo médico

Reconocer que la medicina actual tiene una base científico-técnica no implica entender la medicina como una ocupación para técnicos de alta cualificación. La medicina trata con enfermos, con personas que sufren, algunas de los cuales pueden ser tratadas con éxito. Pero también se responsabiliza del cuidado de aquellas otras -hoy día mayoritarias- cuyas dolencias sólo pueden ser paliadas. La medicina es una actividad moral cuya función primordial es sanar, lo que depende en gran medida de la confianza de su paciente y de la sociedad.

El profesionalismo es el conjunto de valores y compromisos por los que la sociedad otorga a los profesionales de la medicina y la enfermería un contrato social específico y los reconoce como profesión. Desde hace más de dos mil años el compromiso vinculante de los médicos y médicas se expresa en documentos como el «Juramento hipocrático» o, más recientemente, la Declaración de Ginebra. En los «Estatutos de la medicina para el nuevo milenio» se afirma que los médicos o médicas deben asumir diez compromisos basados en tres principios éticos: autonomía del o de la paciente, primacía de su bienestar y justicia social (19).

No está claro, sin embargo, cómo van a influir los cambios generacionales, demográficos y tecnológicos en la filosofía educativa y en la visión del profesionalismo (Tabla 1). Es preciso subrayar que éste, aunque resida sobre un núcleo de valores permanentes, no es estático, sino que evoluciona con su contexto social (27). Es posible que los nuevos residentes no acepten fácilmente que otros les digan cuáles deben ser sus valores, sus

principios y sus compromisos. Posiblemente, el equilibrio entre la vida personal y la profesional va a adquirir una importancia creciente. El altruismo y la justicia social permanecerán como principios básicos inmutables para la mayor parte de los profesionales sanitarios. Sin embargo, la autoformación continuada, la atención a la familia y la flexibilidad en la carga de trabajo pueden emerger como valores. Coherentes con estos cambios evolutivos en la noción de profesionalismo, los jóvenes profesionales de la medicina pueden diseñar sus carreras de forma muy diferente a la visión tradicional. Tal vez no se mantenga un compromiso de por vida con una especialidad en particular, lo que seguramente va a ocasionar nuevos retos y equilibrios entre valores e intereses personales e institucionales.

## Estructuras implicadas en la formación de los profesionales sanitarios

De lo dicho hasta ahora concluimos que, efectivamente, quisiéramos que los futuros profesionales sanitarios tuvieran como centro de su actividad a sus pacientes y que las instituciones responsables de su formación, por responsabilidad social y con la obligada transparencia que la ciudadanía demanda, pusieran los recursos necesarios para ello. El primero de estos recursos son los humanos, es decir, las personas que instruirán a los profesionales de la medicina y la enfermería del futuro. Estas personas, no importa cuánta innovación se quiera introducir en el modelo educativo, pertenecerán sin duda a alguna de las siguientes instituciones o estructuras formativas: i) la universidad, ii) el sistema de formación especializada, y iii) el modelo de desarrollo profesional continuo (DPC) y de formación continuada (FC).

## El futuro de la formación de los profesionales de la medicina y la enfermería. ¿Es mejorable? ¿Hay soluciones?

Considerando los problemas internos que se acaban de exponer para cada uno de los tres periodos del continuum educativo, la situación actual de la formación de los futuros profesionales de la medicina y la enfermería debe contemplarse con preocupación. Por si estos problemas fueran pocos, hay un factor de preocupación añadido, que es que el manido concepto de «continuum educativo» del colectivo médico o de enfermería está cada vez más cerca de ser una quimera que una realidad.

Sin embargo, en todos los casos y periodos detectamos un factor clave que no debería ser difícil de superar si hubiera voluntad de hacerlo. Este factor no es otro que el de la *desconfianza* mutua de todos y cada uno de los actores implicados. Los colegios no se fían de las SS.CC.; éstas no se fían ni de los colegios ni de la administración sanitaria; a su vez, las administraciones sanitarias no se fían ni de las organizaciones profesionales ni de la industria, y la industria no se fía de ninguna reglamentación. La Universidad se queja de los responsables de la formación especializada y éstos no confían en la Universidad. ¡Aquí nadie se fía de nadie! El interés particular y corporativo prima frente al interés colectivo, que no es otro que el de atender y cuidar a sus pacientes con profesionales bien formados que mantengan permanentemente sus competencias. Todos están de acuerdo en el fin, y

también en que en su parcela son los reyes y que nadie debe inmiscuirse en un terreno que no sea el de su «exclusiva propiedad».

Todo ello tiene fácil solución. Sólo hay que seguir cuatro pasos:

- Generar confianza
- Implicar a todos los actores
- Hacer lo que se sabe hacer y hacerlo bien
- Evaluar y retroalimentar (*feedback*)

**Primer paso:** Generar confianza no es cosa del BOE. Es cuestión de sentarse, pensar, razonar y actuar de común acuerdo. La cultura anglosajona, tradicionalmente pragmática y siempre más preocupada de encontrar la solución de los problemas que de normativizarlos, utiliza en diferentes ámbitos los *Joint Committees*, los Comités Conjuntos. Para coordinar los programas de grado y los programas de formación especializada, ¿cuál es la tarea más fácil?, ¿crear un *Joint Committee* entre los representantes de las Facultades de Medicina o de Enfermería y representantes de la formación MIR o EIR, o crear una Dirección General Interministerial de Coordinación del Grado y la formación especializada? ¿es mejor que la Administración -central y autonómica- organice 17 oficinas (con aproximadamente un mínimo de 40 funcionarios cada una, más los evaluadores) para asegurar que la formación continuada que diseñan los propios profesionales es buena, o sería mejor que estos profesionales (colegios, SS.CC., academias, industria, etc.) se organizaran para proveer la mejor FC en plataformas u organizaciones conjuntas que rindieran cuentas a la ciudadanía? No es necesario poner más ejemplos para concluir que se pueden organizar *Joint Committees* para realizar actuaciones en provecho del ciudadano, a partir de las diferentes estructuras existentes en la sociedad civil, o de la sociedad y la propia Administración. No es necesario crear nuevas estructuras, ni nuevas instituciones. Tampoco es necesario utilizar y abusar del BOE para ofrecer un mejor servicio a la ciudadanía.

**Segundo paso:** Hay que implicar a todos los actores porque, o están todos o no se cierra el círculo de la confianza. La sociedad civil, las instituciones de derecho público y la propia Administración están implicados en la tarea de formar los mejores profesionales, y si cualquiera de los actores no está presente, los demás, y con razón, van a desconfiar. Pero no hay ningún actor que deba asumir ser el convidado de piedra; todos tienen un papel. En la sociedad actual del siglo XXI, la ciudadanía elige al poder legislativo con la demanda de que se preocupe de preservar la salud como elemento clave del estado del bienestar. Sin embargo, la ciudadanía no elige ni al profesor de grado, ni al tutor de formación especializada, ni a los presidentes de los colegios o de las SSCC. El puente entre unos y otros es la Administración sanitaria, y es precisamente ésta la justificación de su existencia. Además, la Administración dispone de un instrumento del que ninguno de los demás actores dispone: la capacidad legal de legislar, de premiar o sancionar, de auditar, de conceder o de retirar. Tiene la *potestas* para encarnar a la Administración, ¿podríamos utilizar, como símil, el de director de escena? Seguramente sí porque un director de escena conoce perfectamente la obra a representar, pero es el único que no actúa frente al público. La universidad y sus profesores, las instituciones sanitarias y sus tutores y demás profesionales involucrados en la docencia, y las asociaciones profesionales (colegios y

SS.CC.), disponen de los medios y el conocimiento para enseñar, para facilitar el aprendizaje, para coordinar procesos y programas, para evaluar y retroalimentar. Todos estos actores disponen de la *autoritas* del conocimiento.

**Tercer paso:** Hacer lo que se sabe hacer y hacerlo bien. Este principio elemental no siempre se cumple, ni en la primera parte (hacer lo que se sabe hacer), ni en ocasiones en la segunda (hacerlo bien). El principio dice que cada cosa ha de hacerla el que la sabe hacer; las sillas, el sillero y las pastas, el pastelero. No es razonable pedir al profesor de histología que enseñe la auscultación cardíaca, ni al tutor de neumología que haga demostraciones de electrofisiología. Este concepto es aplicable a todos los actores, pero en especial a la Administración. Su principal misión, en todos los procesos relacionados con la formación de profesionales sanitarios, es conocer quién sabe hacerlo, vigilar que lo haga, y controlar que lo haga bien. En relación a estas responsabilidades, especialmente la tercera (que se haga bien), la Administración se ha visto enfrentada a conflictos que no ha resuelto del mejor modo posible, o lo ha hecho sin explorar otras alternativas posibles. Lo cierto es que la Administración, frente a un actor que ha hecho mal su trabajo o que simplemente no lo ha hecho, o incluso cuando ha supuesto que lo haría mal, ha tomado un papel protagónico que no le correspondía. La consecuencia no es otra que la hipertrofia de la propia Administración, la burocratización de los procesos y un incremento encubierto del coste de los mismos. La Administración dispone de suficientes recursos e instrumentos (auditorias, proveedores alternativos, sanciones, BOE, etc.) para hacer que la formación de los profesionales sanitarios de la medicina y la enfermería, se encargue a los actores que tengan el conocimiento para hacerlo (la *autoritas*), y vigile que dichos actores lo hagan y que lo hagan bien.

**Cuarto paso:** Evaluar y retroalimentar (dar *feedback*) es un paso inexcusable, una condición *sine qua non* de cualquier proceso formativo. No se trata de enseñar, sino de saber con certeza si lo que se pretendía enseñar ha sido aprendido. Al referirnos a la evaluación no solo debemos pensar en la del alumno, sino también en la del profesor y muy especialmente en la del proceso. Todo es mejorable y para mejorar hay que medir, hay que evaluar. Nuestra cultura, más próxima al derecho romano que a la mentalidad anglosajona, antepone la sanción y el castigo al remedio y a la solución del problema. Los procesos de formación de profesionales de medicina y enfermería deben ser permanentes y estar en permanente revisión. La formación de grado, que es la que más se evalúa, no ha modernizado sus métodos de evaluación y es urgente que lo haga por dos motivos. En primer lugar, porque han aparecido nuevos métodos que permiten evaluar tanto conocimientos, como razonamiento, habilidades o conductas. Y, en segundo lugar, porque, aun suponiendo que no fuera estrictamente necesario introducir estas nuevas técnicas de evaluación en el grado, su inclusión permitiría familiarizar a los profesionales en ciernes con dichas metodologías, que en los pasos siguientes de su formación (especializada y continuada), sí serán estrictamente necesarias.

La evaluación no debe entenderse como un acto punitivo o sancionador. El fin inmediato no debe ser otro que informar al alumno (de grado, de formación especializada o de FC) de si lo hace bien o de cuánto y qué le falta para hacerlo bien. El fin mediato es doble: dar garantías al ciudadano de que el médico o la médica que le atiende es competente y dar

garantías al profesional de que su formación es la deseable, ya que cumple con los estándares dictados por la propia profesión.

## Cinco propuestas para mejorar la formación de los profesionales de la medicina y la enfermería

### *Definir el profesional que demanda la ciudadanía y evaluar*

Es absolutamente necesario que un grupo de trabajo en el que estén **todos** los actores representados -Administraciones (central y autonómicas, educativas y sanitarias); organizaciones profesionales (Colegios y SS.CC.); empleadores (públicos y privados); universidades (profesorado y consejos sociales); instituciones sanitarias (gerencias, directores de docencia o jefes de estudios y tutores); industria farmacéutica, y otros actores *ad hoc*- defina y revise periódicamente el modelo de profesional sanitario que queremos, tanto para mañana como para pasado mañana. Sin este punto de partida no se pueden mantener ni actualizar los programas formativos ni los recorridos curriculares en ninguno de los tres tramos de formación de profesionales de la medicina y enfermería.

### *Conseguir el continuum educativo y evaluar*

Sin la concurrencia de todas las partes, de todos los actores, es imposible que el continuum *educativo* sea una realidad. No es posible que los currículos del grado y de la formación especializada, -procesos contiguos en el tiempo y estrechamente relacionados en el espacio-, estén integrados, se complementen y establezcan sinergias, si no es fruto de una negociación entre las partes implicadas. Esta negociación no debe llegar a un pacto de mínimos, sino generar la simbiosis necesaria para que la estructura del grado y la especializada sea un continuum de la mayor calidad posible que permita una formación de excelencia.

### *Implementar el Desarrollo Profesional (desligado de intereses) y evaluar*

El desarrollo profesional, entendido como la evaluación de un periodo acotado en el tiempo del DPC (por ejemplo, de seis años), permite garantizar que la formación de médicos y enfermeros se mantiene a lo largo de su ejercicio profesional. El desarrollo profesional es como una foto fija realizada por quien tiene el conocimiento, la *autoritas*. Permite tres cosas: i) que la ciudadanía sepa que los profesionales que la atienden están bien formados, ii) que el personal médico o de enfermería tengan el soporte y el respaldo de las estructuras profesionales, y iii) que la Administración sanitaria pueda asegurar que el sistema sanitario cuenta con buenos profesionales.

## Asumir el papel de cada parte (de cada actor) y evaluar

Básicamente se trata de asumir dos principios, el de «subsidiariedad», que, por cierto, es uno de los pilares de la Unión Europea; y el de «imparcialidad». Cada cosa, cada proceso, cada acto (enseñar, aprender, atender, cuidar, evaluar, certificar, etc.) debe realizarse cuando corresponde, por el actor adecuado y hacerse bien. Si queremos saber que el proceso se ha hecho bien, se deberá evaluar y, en su caso, certificar. En ocasiones, en relación a estos dos principios se observan elementos de tensión entre la Administración, que ostenta la *potestas*, y los profesionales, que ostentan la *autoritas*. La tirantez, incluso la desafección, surge cuando la Administración no sólo asume su potestad, sino que también pretende asumir la autoridad. Este sinsentido tiene casi siempre el mismo origen, que no es otro que el que surge cuando el responsable de «hacer», o no hace lo que debe o lo hace mal. En estas circunstancias la Administración incurre en el falso argumento de «*si usted no lo hace o no lo hace bien, ya lo haré yo*», en lugar de hacer que el actor responsable, o un nuevo actor, haga lo que tiene que hacer y lo haga bien. La asunción por parte de la Administración de tareas que pueden y deben hacer otros no siempre es la peor solución, pero siempre es una solución cara que termina burocratizando y alejando el proceso en cuestión del ciudadano.

## Evaluar, evaluar y evaluar

Si queremos saber si el profesional que hemos definido es el que realmente queremos, no tenemos más remedio que evaluar, dar *feedback* y corregir o mejorar las debilidades detectadas. Si queremos comprobar que el proceso formativo es un verdadero continuum y no tres piezas sueltas, no tenemos más remedio que evaluar, dar *feedback* y corregir o mejorar las debilidades detectadas. Si queremos asegurar que la foto fija de la formación del personal de enfermería o medicina, el desarrollo profesional, es un proceso que realmente garantiza la excelencia, no tenemos más remedio que evaluar, dar *feedback* y corregir o mejorar las debilidades detectadas. Y si queremos estar seguros de que cada actor interpreta bien su papel, y que respeta y ayuda a que los demás actores coordinen y mejoren sus responsabilidades, no tenemos más remedio que evaluar, dar *feedback* y corregir o mejorar las debilidades detectadas.

## Bibliografía

1. Gough HG. Some predictive implications of premedical scientific competence and preferences. *J Med Educ* 1978; 53: 291-300.
2. Tutton PJ. Psychometric test results associated with high achievement in basic science components of a medical curriculum. *Acad Med* 1996; 71: 181-6.
3. Barr DA. The art of medicine. Science as superstition: selecting medical students. *Lancet* 2010; 376: 678-679.
4. Muller D. Kathryn. *N Engl J Med* 2017; 376:1101-1103.

5. Palés J, Rodríguez de Castro F. Retos de la formación médica de grado. *Educ Med* 2006; 9(4A): 159-172.
6. Rodríguez de Castro F, Álvarez-Sala JL, Sánchez Gascón F et al. Programa de formación posgraduada en neumología. *Arch Bronconeumol* 2009; 45: 394-404.
7. Rodríguez de Castro F. Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educ Med* 2012; 15:13-22.
8. González López-Valcárcel B. Profesionales sanitarios, tecnologías y mercados. *Gest Clin San* 2004; 6: 3-5.
9. Del Llano Señarís JE. Gestión clínica y sanitaria: ayudando a conciliar necesidad y escasez. *Gest Clin San* 2003; 5: 3-6.
10. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty – The next medical revolution? *N Engl J Med* 2016; 375:1713-1715.
11. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *Br Med J* 2003; 326: 45-47.
12. González Y. La demanda de seguros sanitarios. *Revista de Economía Aplicada*. 1995; 3 (8):111-142.
13. Pauker SG, Wong JB. How (should) physicians think? A journey from behavioral economics to the bedside. *JAMA* 2010; 304: 1233-1235.
14. Hoop JG. Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: the psychiatry resident as dual agent. *Acad Psychiatr* 2004; 28: 183-189.
15. Haidet P, Stein HF. The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. The hidden curriculum as process. *J Gen Intern Med* 2006; 21: S16-S20.
16. Meng C. Discipline-Specific or Academic? Acquisition, Role and Value of Higher Education Competencies. ROA dissertation Series Nr. 8. Maastricht: Research Centre for Education and the Labour Market; 2006.
17. Rudd, RE, Keller DB. Health Literacy: New developments and research. *J Commun Healthc* 2009; 2: 240-257.
18. Roberts TE. Enseñar, aprender y evaluar el profesionalismo: el mayor reto de todos. *FEM* 2017; 20:47-51.
19. Oriol A. El profesionalismo: asignatura pendiente del sistema educativo médico. *Eidon* 2010; 33: 52-57.
20. Roberts NJ, Partridge MR. Optimal consultations for those with respiratory illness. *Breathe* 2007;3: 331-337.
21. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health* 2005; 15: 355-360.
22. Elkind MSV. Teaching the next generation of neurologists. *Neurology* 2009; 72: 657-663.
23. Winyard G. The future of female doctors. *Br Med J* 2009; 338: 1397-1398.
24. Tang H, Ng JH. Googling for a diagnosis. Use of Google as a diagnostic aid: internet-based study. *Br Med J* 2006; 333: 1143-1145.
25. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005; 142: 260-273.
26. Rodríguez de Castro F, Carrillo Díaz T, Frexinet Gilart J, Julià Serdà G. Razonamiento Clínico. *FEM* 2017; (en prensa).
27. Pardell H, Gual A. El médico del futuro. Barcelona: Fundación Educación Médica. 2009.

## La metamorfosis de Adela

### Francisco Galindo Sánchez

Responsable de Selección, Formación y Desarrollo

Agencia Sanitaria Costa del Sol

Colaborador honorario Universidad de Málaga

Profesor colaborador de la EASP

Adela siempre fue una chica diferente. Ya desde pequeña asombraba su habilidad para hacer puzles, su vocabulario, su interés por aprender a leer. En primaria destacaba y, a partir de ahí, rara era la vez que no alcanzaba la calificación de sobresaliente o matrícula de honor; todo eran halagos: de sus profesores, de sus padres, de sus amigos, etc. Y Adela fue generándose un concepto muy positivo de sí misma, basado en esos elogios y en esa imagen maravillosa que todos le aportaban.

— ¿Qué vas a estudiar, Adela? —Le preguntó su padre.

— No lo sé, pero me gusta la geología.

— ¿Geología? —preguntó con mal tono su padre—; con las notas que tienes deberías hacer Medicina.

— Bueno..., también podría ser —contestó Adela mirándolo fijamente.

El tiempo pasó y, como por arte de magia, apenas un año después, Adela estaba convencida de que era la medicina lo que más le gustaba. Notaba cierto agrado en los demás cuando ella decía que quería estudiar Medicina; podía percibir el prestigio que tenían los médicos en la sociedad; y eso le gustaba porque podía ser diferente, podía seguir siendo esa chica especial que siempre fue.

Sus años de universidad fueron maravillosos. Pudo sacar plaza para hacer la especialidad de Pediatría. Una vez más había triunfado; seguía siendo una persona *top*. Hizo el MIR en un hospital comarcal, cerca de la casa de los padres. No pasó mucho cuando comenzó a notar sensaciones que no le eran familiares. De repente era «la última de la fila», la llamaban MIR de primer año; percibía cómo ese halo de chica especial que siempre había tenido estaba desapareciendo; ya no le prestaban tanta atención; a menudo solía decir: «Demasiados pacientes, ¿no?, necesito más tiempo para verlos bien, para estudiar, para escribir, para participar en equipos, para hacer sesiones, para desayunar, etc.». Estos comentarios minaban su ideal de lo que era trabajar en medicina.

«Bueno, esto será el primer año», «esto será porque estoy haciendo el MIR», «tengo que pasar por esto»; «cuando sea médica, todo esto será cosa de los que estén haciendo la especialidad y yo me dedicaré a hacer medicina». Se consolaba Adela dejando su bienestar para el futuro.

El periodo MIR terminó y ya era una adjunta del servicio de Pediatría de su hospital. Por fin podía volver a sentir, cuando miraba a los demás MIR, esa agradable sensación que le había seguido durante toda la vida al compararse con los demás. Tuvo su primer contrato sustituyendo las vacaciones de compañeros de servicio; 3 meses cobrando como adjunto. No estaba mal, aunque el sentimiento de bienestar era contradictorio: se sentía bien cuando estaba con los MIR, y el mismo sentimiento de inferioridad de antes cuando se relacionaba con los adjuntos. Parecía que todavía estaba haciendo el MIR.

El verano pasó, las Navidades también. Bien entrada la primavera, Adela seguía sin trabajar, pero sólo unas semanas después, ¡bingo!: la volvieron a llamar de otro hospital.

Ya en el nuevo hospital sí se sentía como un adjunto, pero seguía desconcertada; los adjuntos contaban con ciertos privilegios; no pasaba nada si llegaban un poco más tarde o se iban antes de tiempo; tenían tiempo para estudiar o comentar pacientes entre ellos. En el nuevo hospital no bastaba con hacer un excelente diagnóstico o tratamiento. El profesional de la medicina no era el centro, parecía que el mundo había cambiado. De repente, lo importante era ser eficiente, tener compromiso, capacidad de sacrificio, orientación al paciente, capacidad de trabajar en equipo, empatía, habilidades de comunicación, capacidad para automotivarte, flexibilidad... Parecía que había despertado en un nuevo planeta, con el mismo escenario, pero con otras normas de funcionamiento que nunca antes nadie le había enseñado. El diagnosticar y tratar bien se daba por hecho, era necesario pero no suficiente para seguir siendo la chica especial.

Ahora Adela estaba rodeada de compañeros que parecían estar más interesados en criticar a los demás, en mirar por sí mismos; que todo lo pintaban de manera muy negativa, con ataques continuos a los jefes, al sistema, a los propios compañeros, parecía como un mar revuelto donde unas corrientes chocaban contra otras, y ella estaba en medio de ese oleaje que parecía no tener solución.

Esos años marcaron la actitud de Adela ante el trabajo, se normalizaron esas actitudes negativas y esa cultura se impregnó en su manera de ser y, sin que se diera cuenta, había perdido su mirada de ilusión. Solo se sentía cómoda con los compañeros cuando hablaba de pacientes o de medicina.

Pero un día se levantó y recordó a esa Adela de sonrisa permanente, de mirada limpia, responsable y comprometida por hacer un mundo mejor; se armó de valor y fue a hablar con su jefe. Esta situación tenía que cambiar. Le pidió cita para hacerlo más formal y, una vez en la reunión, le comentó que se sentía agotada, frustrada, que parecía que trabajaba en una cadena de montaje, que tenía que prepararse casos de pacientes en su casa, porque de 8:00 a 15:00 no le daba tiempo; que las guardias eran agotadoras...

El jefe, un excelente facultativo especializado en Neuropediatría, con una dilatada experiencia (era el que más tiempo llevaba en el servicio) y una interesante trayectoria científica, la escuchó (poco) y, mirándola a los ojos, le dijo:

«El sistema nos aprieta. Me he quejado muchas veces. Estos no entienden lo que es trabajar de pediatra en un hospital con las características de este servicio. No tienen ni idea. Como sabes, tu compañero Óscar es tremendamente conflictivo, Andrés y Jose van a

lo suyo, sólo piensan en su privada; Ángela está de reducción de jornada... Hay cosas que no tienen solución. Yo no puedo seleccionar a los pediatras que trabajan conmigo. Esto es la consecuencia de tantos recortes. Pero yo contigo estoy muy contento».

En ese momento, el teléfono sonó y su jefe atendió la llamada sin importarle lo más mínimo interrumpir la conversación que era tan importante para Adela. Boquiabierta por un instante, lo miró mientras presumía de sus publicaciones y comprendió. De repente su mundo se vino abajo. Todo por lo que había luchado con tanta ilusión desaparecía. No sabía si era el sistema, la jerarquía, los compañeros o compañeras, sus pacientes, pero no era lo que había imaginado.

Tras unos días de reflexión decidió dejar el hospital y marcharse a trabajar a un centro de salud; nuevos compañeros, nuevo jefe. Todo parecía mejor: aparentemente había menos problemas, la gente era agradable, había menos presión asistencial, tenía de 14:00 a 15:00 para formarme, no hacía guardias; se sentía bien.

Pero no pasó mucho tiempo cuando percibió que todo se reducía a unas pocas enfermedades, siempre las mismas; echaba de menos los casos clínicos más interesantes. Pensó en volver a quedar con sus amigas de bachillerato, en retomar la amistad.

Llegó el día de verse con sus amigos y fue algo maravilloso que le cambió su vida. Después de los saludos oportunos, Adela comentaba sobre su trabajo como pediatra en el centro de salud:

«Es siempre lo mismo, no hay retos; las mismas personas enfermas, las mismas patologías, los mismos tratamientos, los mismos resultados; y cuando hay algo más interesante, no tengo medios y lo tengo que enviar a mis compañeros del hospital. Cada uno va a lo suyo y los jefes no se interesan mucho porque estés motivado».

Su amiga Carmen, que había estudiado ADE, comentaba: «Pues yo he tenido una suerte inmensa; después de 3 años sin trabajo, estoy trabajando en una empresa de consultoría de procesos. Llevo ya dos años; el primero estuve de prácticas y sólo ganaba 350 euros; pero ya tengo contrato laboral, aunque no de licenciado; pero mi sueldo ya es de 1.500 euros. Trabajo en proyectos que me requieren una dedicación de unas 10-11 horas al día, pero siento una enorme satisfacción cuando conseguimos los resultados, y me compensa el esfuerzo».

Leonor, que había estudiado Biología, no había tenido tanta suerte, sólo había trabajado unos 12 meses en los últimos 5 años; pero Leonor comentaba: «Pues yo soy la persona más feliz del mundo; he podido asistir al parto de un tigre albino, hemos puesto en marcha un programa para repoblar el iris eremita en la zona de Vejer de la Frontera, he tenido la suerte de participar del anillamiento de los flamencos en Doñana».

Miguel, ingeniero industrial, con un máster de dos años de especialización en robótica y otro de otros dos años en mecánica de fluidos, comentaba: «Yo tengo suerte, estoy trabajando, aunque a veces tengo dificultades para llegar a final de mes. Mi empresa es *top*, y el trabajo está genial; llevo 2 años en una fábrica que hace latas para cervezas controlando el proceso de fabricación para que siempre sea igual y no haya errores. Adela,

en mi empresa para poder llegar a tu sueldo, tengo que irme varios años al extranjero y tener al menos 10 años de experiencia».

Por último, Esteban el abogado comentaba: «Estuve 5 años en un despacho de abogados, de pasante, sin ganar nada, aprovechando cada minuto para aprender todo lo que tenía oportunidad. La mayoría de los días trabajaba de 8:00 a 21:00 horas. Ahora trabajo en otro despacho, no tenemos horarios y ganamos en función de lo que resolvamos; retribución variable le llaman, el fijo es de 1000 €. Las expectativas que tenía, la vida sin complicaciones, la inmediatez de lo que quería, las comparaciones... y sobre todo el ego, lo tengo en función *off*».

Adela volvió a su casa pensativa, preocupada y dispuesta a cambiar la situación. Para ello comenzó a investigar, pero ahora no sobre la diabetes infantil, sino intentando buscar claves que le hicieran crecer para ser un profesional excelente, puso todo su potencial en investigar esas claves y, sorprendentemente, en un congreso de pediatría, se atrevió con una ponencia donde exponía las conclusiones de su investigación y agregó unas pinceladas de su experiencia. Estas fueron las notas de la publicación de su conferencia:

## Notas

Hay mucha bibliografía, muchas investigaciones hablando de motivación (autores, tipos, etc.). Realmente yo creo que es un error buscar que nos motiven; el sistema sanitario es una maquinaria tan grande y con una cultura de liderazgo tan peculiar, que no podemos esperar que se preocupen por el profesional. Son técnicos, piensan en su paciente, y desde hace unos años, con la crisis, en la eficiencia. Siempre habrá prioridades más importantes que estar pendiente de si un profesional está motivado. Si realmente estar motivado es importante para ti, debes trabajártelo y no dejarlo en manos de los demás.

Ante cualquier cosa que se te ocurra en la vida pregúntate: «¿Qué depende de mí en esta situación? Hay un esquema que te ayudará en todo esto. Se conoce como E-R-C. ¿Qué control tengo sobre el estímulo (E)?, ¿puedo controlar que hoy llueva?, ¿puedo controlar que el gobierno cambie a 37 horas laborales o a 35?, ¿puedo controlar que un paciente venga enfadado o enfadada y se ponga a dar gritos? Como podrás comprender, tengo 0 % de control sobre el estímulo. Si te centras en el estímulo acabarás frustrado y con ansiedad.

Pero ¿qué % de control tengo sobre mi respuesta (R)? ¿Podré salir a la calle percibiendo los olores de la lluvia y disfrutar de ello?, ¿podré escuchar a esa persona con paciencia e intentar gestionar su ira? Y, si no puedes hacer nada, ¿para qué preocuparte o martirizarte? Como ves, en cada situación puedes hacer todo lo que depende de ti y puedes hacerlo de la mejor manera que sabes, y eso hará que te marches a tu casa después de un día de trabajo satisfecho por la labor realizada; desde el punto de vista emocional, habrás actuado de manera inteligente.

Y, por último, ¿qué % de control tenemos sobre las consecuencias (C) de nuestro comportamiento? Bueno, esto parece que es un poco más difícil de responder; muchas

veces intentamos hacer todo lo posible por complacer a las jefas, a los jefes o al usuario; parece que si escuchamos, empatizamos, damos la mejor respuesta técnica a la persona enferma, la animamos etc., la consecuencia será éxito total; pero sabemos que eso no siempre es así, que, en muchas ocasiones, por otras variables diferentes, el paciente se marcha enfadado de la consulta. Por lo tanto, el % de control sobre la consecuencia, podremos decir que es «X». Parece que, si mejoramos nuestra R, eso puede influir en la C, pero debemos ser conscientes de que no siempre es así. En esos casos debemos analizar nuestra R, sacar conclusiones y volver a cambiar. Pero la clave es que el énfasis lo tenemos que poner en nuestra R, no en la C, porque si lo ponemos en la consecuencia, volveremos a sentirnos frustrados y ansiosos; y ya sabemos cómo vemos la realidad cuando estamos dominados por esas emociones.

Si ponemos el énfasis en nuestra respuesta, conseguiremos mejorar nuestro equilibrio emocional. Así, ante cualquier situación, pregúntate: ¿qué depende de mí?; y de lo que dependa de ti haz todo lo que puedas y de la mejor manera posible; y si no obtienes los resultados esperados, no busques excusas, vuelve a hacerte la misma pregunta y añádele otra: ¿qué hacen los demás que yo no hago y lo hacen obtener mejores resultados?, pero no le des el poder de hacerte sentir triste, enfadado, etc., a quien no se lo merece o no quieras.

Agradece, agradece y agradece. Todos los días dedica tiempo a agradecer lo que tienes, ¡pero hazlo de verdad! Busca 5 minutos al día y agradece lo que tienes. A mí también me ha servido perdonar y no dejar que tu ego o tus miedos te hagan la vida imposible.

Cambia tu manera de hablar, acostúmbrate a no utilizar expresiones como «no puedo», «no lo voy a conseguir», «soy un desastre», «no me lo merezco», «es culpa mía»; ... recuerda que esos pensamientos debilitan tu sistema inmunitario, la mente no diferencia entre un peligro real y uno creado por los pensamientos, y actúa activando el sistema límbico; si esto se prolonga o se convierte en un hábito, se libera cortisol y eso ya sabemos lo que significa.

Intenta no actuar sobre la base de prejuicios o estereotipos; revisa tus creencias; juzgar continuamente te llevará al aislamiento; no saques conclusiones precipitadas; escucha a todos y busca el qué hacer para avanzar.

Cuida tus relaciones; dedica tiempo y esfuerzo a mantenerlas vivas; sé altruista con los demás, sean amigos o no, eso te hará sentir bien. Un ejemplo te ayudará: levántate un día un poco antes, prueba a llevar un café y unas magdalenas a un mendigo, verás que llegas al trabajo con una sensación de bienestar enorme. Esto te ayudará a relativizar, minimizará tus problemas, te ayudará a salir de tu visión localista y verás tus dificultades mucho más pequeñas.

¡Cuánto mal me han hecho la queja y las comparaciones! He estado comparándome (claro, con los que están mejor que yo) y quejándome toda la vida de los profesores, de algunas amigas, de exámenes, de mis parejas... Me acostumbé a ir de víctima y eso me complacía porque la culpa era de los demás. Piénsalo por un momento: ¿realmente te gustaría vivir con una persona que siempre se está quejando, focalizándose en lo negativo, culpando a los demás?; ¿eres de esas personas?, ¿estas mirándote a ti misma?, ¿tienes capacidad de

autocrítica?, ¿has pensado dónde te va a llevar esa actitud con tus compañeros de trabajo, con tu pareja, con tu jefe, con tus amigos? Focalizarte en la queja, además de afectar negativamente a tu estado de salud, no es útil; bueno, puede servir para engañarte, para crearte una burbuja ficticia donde tú estás libre de toda culpa y eres la pobre víctima que todos deben ayudar y comprender. Si algo no te gusta, cámbialo, y si no puedes, cambia tu actitud, pero no te quejes, ni culpabilices a nadie.

No intentes controlarlo todo, rodéate de personas sanas. Hay mucho vampiro emocional suelto, mal educados, agresivos, arrogantes, manipuladores, etc. Aprende a decir NO e intenta evitar a aquellas personas que no te hacen sentir bien. Y recuerda aplicar el E-R-C si no lo puedes evitar.

No dejes que el miedo te inmovilice, no te resistas, analiza y busca oportunidades en los cambios, conviértelos en tus sueños, tus objetivos, adáptate. Esa es la clave de la evolución, de la supervivencia, y es perfectamente aplicable en una organización. Si al final los cambios no dependen de ti y van a suceder, sí o sí, ¿para qué resistirse? A veces no hay que pensar tanto, hay que hacer. Si el pensamiento te lleva a emociones positivas recreáte en él, pero si no es así, ...

Cada vez me siento mejor hacer ejercicio, llevar una dieta mediterránea, quedar con amigos, dibujar, meditar, bailar, cantar, correr, dormir, reírme, ir al monte,... estoy descubriendo con qué cosas me siento bien, y cuando las hago, rindo más en el trabajo, no me afectan las preocupaciones, veo las cosas con bonitos colores, me llevo mejor con mis compañeros, aprecio a mi jefe, estoy orgullosa y contenta de trabajar donde trabajo; en definitiva, no necesito que me motiven, ya pongo yo los recursos y el tiempo necesario para hacerlo. Creo que dejar las llaves de tus emociones, tu felicidad o tu estado de ánimo en manos de una organización tan grande como el sistema sanitario o en los líderes de la organización, es un error, yo soy la responsable de mi estado emocional. Y todo esto hazlo por ti, no por tus pacientes, no por tu jefe o por la organización, yo he vuelto a ser esa chica especial que de pequeña decía mi padre.

## No obstante, me gustaría decirles algo a los jefes

He descubierto que hay palabras mágicas, decir: «gracias», «te quiero», «enhorabuena», hablar de «nosotros» en lugar de «yo», «ha sido error mío», «hazme un favor», «¿en qué te puedo ayudar?», «qué haría yo sin ti», «lo siento», «gracias», «buen trabajo», «¿tú cómo lo harías?», «eres *top* en este tema», «me gustaría escuchar tu opinión», etc., son gratis y tienen el poder de cambiar el sentido de las relaciones, no entiendo cómo no las utilizamos más. El elogio sincero es el arma más potente en la gestión de profesionales.

Practica la escucha, pregunta, no te anticipes; déjame hablar, déjame equivocarme sin miedos, tengo que aprender; déjame ser protagonista de lo que he estudiado y preparado con tanto esfuerzo; piensa desde mi realidad, no desde tu cómoda posición de jefe o de especialista en el tema para demostrar lo mucho que sabes.

Quiero tener confianza contigo; es muy importante para mí sentirme querida dentro de un grupo; y que seas discreto cuando te cuento algo; recuerda que vas a servir de modelo para mí, así que no me pidas que haga lo que tú no harías; sé proactivo y pregúntame sobre temas del servicio, pacientes, protocolos, al menos que te dé mi opinión sobre los asuntos que me afectan.

Si acabo de incorporarme al servicio o me encargas una nueva tarea que no sé muy bien cómo se hace, te agradecería que estuvieras pendiente a mí, diciéndome qué y cómo se debe hacer, controlándolo, enseñándome; pero si ya sé hacerlo y quiero hacerlo, necesito que me dejes trabajar, necesito autonomía, autoridad, protagonismo, capacidad de decisión, dame información (es gratis); evalúa, pero trátame como a un profesional responsable y comprometido, que yo te responderé como tal.

Y si notas que estoy enfadada, disgustada, comienzo a criticar... no esperes ni un solo minuto, con todo el cariño del mundo invítame a un café, escúchame, intenta comprenderme, ponte en mi lugar, a veces sólo quiero hablar, sentir tu apoyo, tu protección, sentirme parte de tu «círculo». Todos entendemos que, si algo no puede ser, no puede ser, pero permíteme que pueda expresar mis emociones, que tenga esperanza. Sin expectativas, morimos en vida.

No dejes que los conflictos vayan a más, define bien las funciones y los roles de cada uno, aprovecha las potencialidades de cada uno, no fuerces más de la cuenta, un gato se podrá subir a un árbol, pero si tienes en tu equipo a una ardilla lo hará mejor y disfrutará haciéndolo; pero por favor no le pidas a un perro que lo haga una y otra vez: acabarás ridiculizándolo y afectando su autoestima, capacidad de decisión, creatividad... se convertirá en una persona conflictiva, en tu enemigo.

Te agradecería que me dijeras sin tapujos qué quieres de mí, qué es importante para ti, pero, especialmente, cómo deben ser mis actitudes y comportamientos. A veces hacemos lo que pensamos que es mejor, pero nos equivocamos sin saberlo. Ponme ejemplos, comprobarás que soy capaz de imitarlos y convertirme en ese excelente profesional, te lo agradeceré siempre.

Sería agradable que te interesaras por mí, por la situación que tengo, qué me gusta y qué no, ¿cuáles son mis intereses? Recuerdo gratamente cuando mi jefe se acordó de la comunión de mi hija, fue algo especial para mí.

No olvides que eres el responsable, te pagan por ser jefe, así que no te comportes como un médico más; debes formarte para serlo, aprender; igual que has aprendido a ser médico tienes que aprender a ser jefe; no te excuses en que ya has ido a muchos cursos sobre liderazgo, trabajo en equipo y no sirven para nada. Reflexiona en cuántos de esos cursos te has puesto objetivos que quisieras conseguir como jefe, en serio, con dedicación y esmero, como lo haces con las patologías de tus pacientes. Esto de ser un buen jefe se tarda años en conseguir, pero no se consigue sin esfuerzo, igual que todo lo que merece la pena.

Dedica tiempo a ser jefe, y no me refiero a hacer las plantillas de turnos, organizar las vacaciones o las sustituciones, me refiero a ser un jefe de verdad, a hacer que los demás trabajen con ilusión, con orgullo de pertenecer al servicio, generando compromiso,

cuidando a tu equipo, dando *feedback*, gestionando nuestros miedos, nuestras motivaciones, potenciando nuestras ilusiones, estableciendo directrices claras, sin ambigüedades; haznos visualizar un futuro prometedor, reconoce (te sentirás muy bien si lo haces, pruébalo) y, por favor, no te excuses en la falta de tiempo.

Sé que estas reflexiones no son propias de una médica pediatra, pero si algo he aprendido con el tiempo es que te convertirás en aquello que pienses continuamente; si crees que puedes conseguir algo y trabajas por ello, lo conseguirás; y, si algo no te funciona, debes cambiar la forma de hacer, porque en este mundo sanitario cada vez más exigente y competitivo, los profesionales que posean flexibilidad, que sean proactivos, con orientación no sólo al usuario, sino a la tecnología, con capacidad de esfuerzo, con orientación al aprendizaje continuo, con capacidad de aguante ante la frustración, de trabajar en equipo de igual a igual con profesionales de diferentes ámbitos y categorías, que posean habilidades sociales y comunicativas y con capacidad de autogestionarse las emociones y conseguir automotivarse descubriendo oportunidades en lo que hacen en lugar de amenazas, triunfarán, no solo en el trabajo sino en la vida.

Pero, claro, esto hay que empezarlo desde pequeños y trabajar en profundidad en la universidad y en el periodo de residencia; no podemos esperar que esto se consiga por arte de magia. En este proceso de desarrollo debe participar la universidad, la institución y sobre todo los jefes. Se deben poner programas de desarrollo de líderes, recursos, herramientas, directrices y las modificaciones legislativas que permitan implantarlo de verdad, con sistemas de gestión que orienten la función de los líderes hacia los profesionales.

Es lógico que, si sólo me hablan del programa de obesidad, de malos tratos, de infecciones, de discapacitados, etc., me oriente a esto y no a gestionar a mis profesionales. Si es verdad que el usuario, las tecnologías, la investigación, la innovación, la calidad, son importantes, debemos ser congruentes con lo que decimos y poner además de palabras, hechos, recursos y estrategias de liderazgo y gestión que lo conviertan en una realidad.

¿De verdad queremos que nuestros líderes jueguen en primera división?

## De la formación continuada al desarrollo profesional

**Juan Sergio Fernández Ruiz**

Médico de Familia. UGC Armilla  
Distrito Metropolitano. Granada  
Presidente de SEMERGEN-Andalucía

Nos quejamos en numerosas ocasiones sobre las deficiencias que observamos tanto en el sistema como en los usuarios del mismo, pero qué pocas veces nos planteamos nuestras propias deficiencias.

Es curioso observar a diario cómo las consultas médicas muestran diferencias respecto a su funcionamiento, en ocasiones, incomprensibles. Se pueden observar cupos que a pesar de tener unas características de población similares funcionan con un dinamismo diferente. La variabilidad en la práctica clínica que el personal médico de Atención Primaria mostramos es muy alta.

Los programas de Formación Médica Continuada implantados por la Administración Sanitaria han sido prácticamente el único medio empleado para corregir esa variabilidad. Por desgracia el resultado de los mismos no ha sido el esperado ya que la variabilidad no ha disminuido en gran medida. Este hecho, por sí mismo, impone la certeza de que estamos ante un problema de calidad y, por tanto, ante una oportunidad de mejora.

Si seguimos la metodología de la evaluación de la calidad aplicándola a nuestras propias capacidades asistenciales procederemos a dar el salto cualitativo que nos permitirá pasar de la Formación Médica Continuada actual al Desarrollo Profesional Continuo futuro.

Hemos pasado estos últimos veinticinco años luchando y esforzándonos por aplicar una reforma de la Atención Primaria que ha supuesto grandes mejoras tanto para el Sistema Sanitario como para la población en general, dejando que nuestro desarrollo profesional y nuestra formación continuada fuera dirigida por la Administración Sanitaria o por la industria farmacéutica (en ambos casos para alcanzar sus propios objetivos).

El salto al profesionalismo, al Desarrollo Profesional Continuo, pretende que cada profesional de la medicina sea el responsable de evaluar sus capacidades, habilidades y aptitudes, identificar y priorizar aquellas áreas de mejora que considere que le van a aportar una mayor rentabilidad ante su realidad asistencial diaria, diseñar y desarrollar un plan formativo personal y específico para solventar dichas deficiencias y, por último, poder reevaluarse para identificar las mejoras conseguidas y los aspectos que deben ser mejorados en el futuro.

Iniciamos un largo camino, afrontamos un reto sumamente interesante, pero estamos convencidos que el ideal del profesionalismo nos permitirá dar ese salto que nos lleve del médico bueno al buen médico, ya que este no solo es una necesidad imperiosa, sino que

es un paso obligado para conseguir recuperar tanto el prestigio social y profesional como nuestra propia autoestima.

Sería deseable que las generaciones de médicos que iniciamos la reforma sanitaria en los años ochenta asistiéramos a ver resueltas todas nuestras aspiraciones, algunas de las cuales, reflejadas en este foro, y por las que tantos años llevamos luchando, y termináramos nuestra vida profesional dejando el trabajo concluido. Esto es: que las nuevas generaciones se dediquen a trabajar de médicos de familia que buscan la excelencia profesional en su día a día, sin otras preocupaciones que su desarrollo profesional, la mejor de las atenciones para sus pacientes.

## Por un profesionalismo sentido, vivo y veraz

**Zulema Gancedo González**

Enfermera  
Gestión y Liderazgo

El profesionalismo requiere de cierto «tono vital», ser mejores, más competentes y más comprometidos es una inquietud personal ligada al deseo de mantenerse en un escenario de constante evolución e innovación. Es un requerimiento imprescindible para un contexto donde una sociedad cambiante apura la exigencia entre el conocimiento y la necesidad de recibir servicios, prestaciones, atención y apoyo disciplinar y tecnológico. En base a ello, parece lógico pensar por tanto que pudieran darse dos cuestiones fundamentales de primer grado: la automotivación personal y la de responsabilidad hacia el servicio prestado. Y parece que, unidas, es el tándem necesario de soporte.

Sin embargo, hay otro término, el de profesionalidad, que sugiere debate o conflicto conceptual entre la condición de profesional, competencia, ética y el sobreañadido de formas actitudinales, no solo del saber hacer y hacer lo correcto. Por otro lado, está el profesionalismo entendido con matices de lucro, no peyorativos si se tiene en cuenta que una profesión conlleva remuneración por la parte empleadora, y si ese desarrollo profesional es proactivo con actitud personal de crecimiento ha de reconocerse y tener un valor sobreañadido. En ese sentido, el profesionalismo pierde cualquier connotación antaño entendida como interés único y con orientaciones parciales, para pasar a ser un nuevo concepto agrupador de aspectos, valores y virtudes necesarias, que complementen un nuevo profesionalismo como forma de ser y estar, inherente en esencia a una forma ética de desarrollar y dar servicio a través de las profesiones.

Exigimos lo que queremos o creemos que nos corresponde y debemos ser capaces de dar, como poco, aquello que esperan de nosotros como profesionales y que nos permita crecer como tales y a la vez como personas, manteniendo el compromiso, la justicia y el respeto.

En este contexto, se añade un componente moral a las profesiones sanitarias, dada la función social que ejercen. Este aspecto tiene que contar con una profunda consideración y lucha por su mantenimiento al alza. De hecho, las distintas profesiones establecen diversos códigos para el mantenimiento y corrección de la responsabilidad social y reputación corporativa. Ello debería ser consideración imperativa a través de los distintos roles y por los diferentes actuantes e implicados.

Desde la formación docente de Pregrado, se hace necesario reforzar un profesionalismo integrador, de valores, de ética y compromiso claves, que oriente las profesiones sanitarias de manera multifocal. El profesionalismo hoy en día, no es solamente una cuestión propia, individual y autogestionable, aunque ciertamente sea en esa

individualidad donde se fundamente y consolide el resto de perspectivas necesarias para el profesionalismo integrador. Es necesario enseñar a «vivir» las profesiones con la corresponsabilidad precisa, hacia la reputación profesional y corporativa y, por ende, la excelencia en el servicio. Trabajar la perspectiva histórica del significado de las profesiones sanitarias y su impacto ayuda a reflexionar sobre el desarrollo que han de seguir, para mantener cotas de excelencia en contextos determinados. De esa manera y con metas establecidas, entraremos en una mecánica de mejora continua que garantice el desarrollo y progreso de las profesiones.

En esa multifocalidad y por esa perspectiva pluralista, el profesionalismo ha de entender las interrelaciones disciplinarias como causa necesaria, para la respuesta conjunta a los problemas de salud de los ciudadanos. No solo ha de ser un ejercicio individual, sino una corresponsabilidad conjunta que dé lugar a un liderazgo ético, que sea referente de autoridad y representativo. Un liderazgo, a su vez, activo, eficiente y equitativo.

Desde la formación de Postgrado los objetivos competenciales diseñados no deberían desligarse de una contemplación comprometida y éticamente responsable que, junto con la experiencia, sirva y redunde en beneficio de la comunidad y del propio individuo.

Un profesionalismo integrador en el contexto actual abarca la competencia, el compromiso cierto, la ética y la búsqueda de la eficiencia, más allá del interés personal. En otras palabras, el «desposicionamiento» ante el servicio a los demás, entendiendo la razón, sin apartarnos del sentido y esencia profesional, comprendiendo el poder globalizador del universo de las profesiones sanitarias, sus interrelaciones, incluyendo las institucionales. Todo ello dentro de un prolijo conjunto de valores, que quizás nos acerque a contextos que algunos pensarán inalcanzables y aun así necesarios para construir un futuro sólido que aspire a una sociedad cohesionada, segura, fruto de la relación entre profesionales auténticos y c ciudadanos responsables.

# Los retos profesionales del futuro

## Jordi Gil Vernet

Profesor de Filosofía en Bachillerato

Colaborador Honorario de la Universidad de Málaga

Consultor de formación transversal para profesionales de la salud

## El imparable progreso de la industria

El ludismo fue un movimiento que propugnaba el sabotaje de los telares industriales a principios del s. XIX. El apelativo deriva de un tal Ned Ludd, su presunto inspirador en los albores de la Revolución Industrial. Se ha querido suponer que sus acciones en Inglaterra, España y otros países pretendían frenar la mecanización de la industria textil, el creciente maquinismo que amenazaba con eliminar miles de puestos de trabajo. Pero acaso suene más plausible que se tratase de una radical estrategia negociadora frente a la patronal de entonces. Es obvio que no lograron frenar el progreso tecnológico; sin embargo, muchos trabajadores continúan viendo hoy con temor los nuevos y admirables logros que trae consigo dicho progreso.

Hemos aprendido que toda innovación en equipamiento industrial repercute en el empleo. Las cadenas de montaje robotizadas de las plantas de automoción desplazan la mano de obra humana. Sin embargo, es justo reconocer que otras empresas tendrán que ocuparse de fabricar los robots, generando a su vez nuevos puestos de trabajo. Hará falta pensar ideas y diseños, escribir las líneas de programación lógica o *software*; asimismo, será preciso suministrar los materiales, las piezas, el montaje y la logística. Y aún habrá que añadir la formación de mecánicos expertos que se ocupen del mantenimiento y reparación de los nuevos instrumentos. Como colofón, los vehículos autónomos (*automóviles* en su sentido más propio) —tanto los trenes, tranvías y suburbanos públicos como los vehículos particulares que desarrollan las empresas tecnológicas Tesla y Google— abrirán otra dimensión a la industria del transporte. No es éste el lugar para discutir si tales robots y sus congéneres deberían o no cotizar a la Seguridad Social, según se exige desde algunas instancias sindicales; no obstante, es incuestionable que suprimen unos empleos al mismo tiempo que crean otros. Todos los campos están evolucionando de forma análoga. Así, por ejemplo, en medicina se han llevado a cabo con éxito ensayos de operaciones quirúrgicas transcontinentales, ejecutadas por robots controlados telemáticamente por cirujanos.

Los expertos sostienen que hay graves desajustes en el mercado laboral de nuestros días y que la orientación profesional tendrá que subsanarlos para las próximas generaciones. Se agotan las funciones más fácilmente formulables en protocolos de actuación —y secuenciables, por tanto, en rutinas— a la vez que aparecen otras más discrecionales. Estas últimas suelen exigir una cualificación superior porque demandan una mayor versatilidad y son, en consecuencia, menos susceptibles de ser mecanizadas. Así se explica que el avance de la tecnología haya acabado con muchos oficios y generado otros: en

virtud de la tecnificación, se cuentan hoy menos agricultores, zapateros y obreros de la construcción que hace cien años. Pero, por otra parte, hay muchos más empleados en la industria aeronáutica y en el sector terciario o de servicios que nunca. Es notable el caso de los programadores informáticos y los diseñadores de aplicaciones para el teléfono móvil, que ni siquiera existían hace un siglo y en el mundo actual son legión. Y mañana...; mañana puede que los robots se ocupen de programar.

## Las revoluciones industriales

La Primera Revolución Industrial empezó con la máquina de vapor patentada en 1776 por James Watt y la inmediata aplicación de su potencial a la industria textil. Al cabo de pocas décadas, en combinación con la siderurgia y el carbón, el vapor cambió para siempre la navegación y alumbró el ferrocarril. Con el petróleo y el automóvil arrancó la Segunda Revolución Industrial a principios del s. XX. A pesar del auge de las fuentes de energía renovables, la economía actual sigue dependiendo de los combustibles fósiles mencionados y el gas natural en más de un 80%. Jeremy Rifkin postula precisamente, en el libro homónimo publicado en 2012, el advenimiento de la Tercera Revolución Industrial (TRI) como el fruto de la simbiosis de Internet y las energías renovables conectadas en redes colaborativas de producción y consumo. Cuando todavía no se ha puesto en marcha la TRI, otros profetas pronostican para pasado mañana una Cuarta Revolución Industrial basada en la evolución de la robótica y la inteligencia artificial.

Atribúyase el ordinal que se quiera a la revolución industrial en ciernes, pero lo cierto es que algunas tecnologías ya en pleno desarrollo van a transfigurar el panorama profesional en los próximos años. El diario *El País*, recabando la opinión de una veintena de expertos, sugería recientemente una lista de doce inventos que van a traernos un mundo nuevo — quizá parecido al imaginado por Aldous Huxley en la novela *Brave New World (Un mundo feliz, 1932)*; o al de la película *Gattaca (1997)*, escrita y dirigida por Andrew Niccol. Entre ellos, destacan los implantes neuronales, la ingeniería genética, los vehículos autónomos, las impresoras 3D, los robots quirúrgicos, etc. Otros expertos variarían un poco tal vez el listado, pero parece que hay consenso en que están por venir cambios sustanciales en nuestro modo de vida y que van a repercutir también, como es natural, en el mundo laboral.

Así pues, desde James Watt hasta hoy mismo, el progreso tecnológico se ha caracterizado por un crecimiento rampante de la producción industrial que ha coadyuvado, junto a otros factores, al incremento de la demografía mundial. Por supuesto que tan grandes cambios económicos y sociológicos han tenido consecuencias políticas provocando crisis, reajustes, revoluciones, migraciones y guerras. Al mismo tiempo, han transformado de raíz las estructuras sociales empezando por la familia, la célula primigenia de toda comunidad humana. La incorporación masiva de la mujer al mercado laboral ha trastocado el equilibrio en su seno y generado múltiples modelos alternativos. Otro tanto ha ocurrido con la inveterada transmisión de la actividad económica como *modus vivendi* de padres a hijos. La mecanización, los pesticidas, los abonos sintéticos y los cultivos transgénicos han mejorado la producción agrícola; las grandes superficies primero y el comercio electrónico después, han revolucionado el consumo; la todavía incipiente

impresora 3D amenaza con hacer desaparecer numerosas artes y oficios; y, por si no fuera suficiente, se han creado y desarrollado nuevas áreas de la economía que demandan empleados expresamente formados para ellas... Como resultado, muchos de los conocimientos y técnicas vigentes durante siglos apenas sirven para desenvolverse hoy en un mercado laboral que se transforma a pasos agigantados y solicita perfiles profesionales de nuevo cuño.

A lo largo de nuestra historia, ha habido ocasiones en las que el tren del progreso se ha detenido, ha descarrilado o incluso ha dado marcha atrás, bien fuera por causa del agotamiento de civilizaciones enteras o de las *astucias de la razón* que teorizó Hegel. Según esta interpretación, la historia tiene un sentido y un fin último —ignorados tanto por los pueblos como por los individuos concretos— que se realiza inexorablemente en el conjunto de las acciones históricas según la pauta que marca una voluntad —o una razón— superior y poderosa. Sea como sea y tomados como simples particulares, sólo podemos elegir si nos montamos en dicho tren o no; y cuando efectivamente lo hacemos, si continuamos viaje o nos apeamos. Se puede vivir sin ordenador, sin conexión a Internet y sin teléfono inteligente; pero no se puede ignorarlos, negar su utilidad ni pretender acabar con ellos. No sé muy bien si el hecho de que el reconocido escritor Javier Marías se mantenga fiel a sus máquinas de escribir obedece a la pertinaz costumbre o hay algo de pose; pero lo que no creo es que se le ocurra siquiera pretender que nadie le imite en su desprecio hacia el maravilloso procesador de textos. A lo mejor un cirujano veterano no quiere sustituir el bisturí tradicional por el láser (cuando ello sea factible); lo más seguro, sin embargo, es que quienes lo vayan a reemplazar ni se planteen la cuestión. Es un hecho normal que se produzca el rechazo de algunos a los inventos que acabarán irremisiblemente por formar parte de la vida del común de la gente. Siempre ha habido quien se ha negado a utilizar el transistor, el teléfono, el televisor, el utilitario y el móvil sin que ello haya hecho mella en la expansión universal de cada nuevo y útil instrumento.

Una de las grandes paradojas que se dan en nuestra sociedad tecnológica es el desajuste entre los complejíssimos dispositivos y sistemas que se utilizan y el escaso conocimiento de los usuarios sobre su funcionamiento. Cualquiera se maneja bien con su telefonillo, pero pocos saben cómo funcionan los sistemas de telefonía móvil si no son expertos en telecomunicaciones. Millones de personas cruzan cada día los cielos del planeta sin que para ello haga falta tener la más leve idea de las leyes aerodinámicas que permiten volar a una nave que pesa cientos de toneladas. Lo mismo puede decirse respecto de los ordenadores personales y otros muchos aparatos: la ignorancia no impide su utilización eficaz. Sin embargo, no ocurre lo mismo si lo consideramos desde el punto de vista profesional, porque ahí sí es relevante la eficiencia del experto.

El cirujano que opera con un robot debe saber algo sobre su funcionamiento, además de dominar las áreas de la medicina de su competencia. Un instalador de sistemas de protección del hogar debe tener nociones de seguridad y legislación, a la vez que ser ducho en las técnicas requeridas para su labor. Asimismo, un piloto de aviación debe estar familiarizado con la meteorología y la geografía, aparte de conocer la mecánica de fluidos, la instrumentación de cabina y el resto de sus funciones. Lo que quizá no parezca tan evidente es que, al tratar todos ellos con seres humanos —y serlo ellos mismos—, deberían saber algo del **hombre** en cuanto especie singular. Les ayudaría mucho en su

cometido haberse familiarizado un poco con la psicología, la ética, la etnología, la política, la historia, la literatura, el arte, la lógica, las ciencias naturales...; deberían haber reflexionado, en definitiva y aunque sólo fuera someramente, sobre aquellos conocimientos y sensibilidades que trata la formación humanística. Al piloto del ejemplo no le estorbarán unas dosis de empatía para no tratar al pasaje (y a la tripulación) como si fuese ganado. Al técnico en seguridad, le conviene no perder de vista que tanto las familias que lo contratan como los eventuales asaltantes son personas, por lo que deberá procurar evitar los allanamientos de morada sin liquidar a los invasores. No cabe duda de que uno de los ámbitos profesionales en los que esto es especialmente pertinente es la sanidad. No sólo son seres humanos los y las pacientes del sistema de salud y sus familiares, sino que están afligidos por la enfermedad y el dolor. Al estar en una situación de vulnerabilidad, merecen un trato de consideración, respeto y compasión que los ampare, reconforte y anime.

Pues bien, en esto precisamente consiste la **transversalidad**. Aunque se trata de una idea que siempre ha estado presente en el desempeño de las tareas más específicas, la transversalidad o interdisciplinariedad se hace hoy más necesaria que nunca. La ineluctable superespecialización, la mutua implicación entre numerosos campos del saber, la necesidad creciente de colaboración entre distintas ramas del conocimiento y de la tecnología, la segmentación de la producción industrial por líneas, factorías y países, la multiculturalidad o el pluralismo cultural resultante de las migraciones humanas y, en fin, la controvertida globalización exigen habilidades para los que no se prepara en la universidad y las escuelas técnicas —ni se puede cabalmente preparar, por una mera cuestión de tiempo.

## Paliativos para la inevitable superespecialización

Hay que admitir que el ideal humanista del Renacimiento, a saber, un hombre polifacético que cultivara todos los saberes y las artes, ya no es hoy posible... si es que algún día lo fue. Muy a pesar del genial polímata Leonardo da Vinci, los antiguos dejaron sentenciado por boca de Sócrates que los mortales no valemos nada en relación al saber porque sólo el dios *sabe* en sentido propio (es decir: *sabe todo*). Este es el significado de la famosa sentencia «sólo sé que no sé nada» que sintetiza estupendamente la idea desarrollada por Platón en su *Apología* o *Defensa de Sócrates*.

Es posible que Hipócrates y Galeno en la antigüedad, y William Harvey y John Locke en la época moderna, conocieran el alcance de toda la medicina de su tiempo y aún les quedara tiempo adicional para dedicarse a la epistemología, la teoría política y otros muchos quehaceres intelectuales, estéticos, lúdicos o de negocios. Sin embargo, no será difícil convenir que los conocimientos de la medicina del siglo XVII distan muchísimo de los actuales. Lo mismo puede decirse del derecho si comparamos el entramado jurídico de la España de Felipe IV con el de hoy. El recientemente sellado acuerdo comercial de la UE con Canadá (CETA), por poner un ejemplo de rabiosa actualidad, es de una complejidad tal que hacen falta docenas de expertos en campos jurídicos y económicos complementarios para poder comprender si nos beneficia más que nos perjudica o viceversa y, en consecuencia, saber si se está o no de acuerdo con él. A pesar del

formidable Jared Diamond (1937) y algunos otros que, al igual que él, se mueven con solvencia por numerosos campos del saber en pleno siglo XXI, para el ser humano medio cada vez es más difícil tener nociones bien informadas de muchas cosas. En los polos, según la certera caricatura, se encuentran el superespecialista que sabe todo de casi nada y el filósofo, que sabe casi nada de todo.

La superespecialización no es un capricho de los dioses, sino una estrategia de adaptación cultural y económica necesaria para poder filtrar, clasificar y gestionar los torrentes de información que genera la actividad de millones de personas a cada minuto en un mundo interconectado. «El conocimiento es único; su división en materias es una concesión a la debilidad humana»; con estas palabras, Halford Mackinder (1861-1947) expresa el ideal racionalista moderno: a una razón única corresponde un único conocimiento. Una intuición que, por cierto, confirman hoy las neurociencias en su estudio de la fisiología del cerebro.

La única solución a la exigencia de estar al día de los continuos avances en el conocimiento y la tecnología es la formación permanente. En los EE.UU., un ciudadano cambia en promedio de ciudad, estado, empleo y hasta de profesión varias veces a lo largo de su vida. Es probable que una exigencia parecida de flexibilidad llegue pronto al mercado laboral español, cuyo anquilosamiento explicaría por lo menos en parte el coqueteo permanente de la tasa de desempleo con un insostenible 20% de la población activa.

## Conclusión

Recapitulemos. Tal como se ha argumentado en este breve ensayo, si se quiere dotar a los profesionales de las condiciones necesarias para aspirar a la EXCELENCIA, no basta con insistir en la formación específica en su propio campo de conocimientos —algo que sí es suficiente, no obstante, para garantizar su competencia—, sino que hace falta una formación humanística complementaria. Los medios de comunicación españoles se han hecho eco en los últimos años de las manifestaciones de altos directivos en relación a la necesidad de paliar las carencias de los ejecutivos en aspectos cruciales para el cumplimiento de sus funciones como son la comunicación y la transversalidad. Se han dedicado a este asunto artículos y suplementos de periódicos, además de espacios en diversos programas de radio y televisión. Existen mecanismos para que las empresas e instituciones cuyo cometido es la formación continuada de los profesionales puedan suministrar este tipo de formación adicional. Por un lado, con la oferta de cursos, talleres y seminarios específicos; por otro, complementando los más variados másteres y postgrados con los módulos temáticos que se considere oportuno al diseñarlos.

El viejo Sócrates decía que nadie puede ser bueno en su profesión si no es por añadidura una persona virtuosa. Si estamos de acuerdo con él, hay que sumar unos sólidos fundamentos deontológicos a las capacidades que serán exigidas a los nuevos profesionales cualificados a lo largo del siglo XXI: apertura de mente, interdisciplinariedad, versatilidad, autoaprendizaje, comunicación eficiente, reflexión inteligente, resiliencia ante la vorágine de novedades que trae aparejada la digitalización, etc. La síntesis de experiencia laboral y formación de calidad, practicada durante años, es el caldo de cultivo

idóneo para que brote la excelencia profesional necesaria para la competitividad que demandarán las empresas, instituciones y organizaciones del futuro. Un futuro que, siguiendo la lógica del tiempo, sólo se mostrará efímeramente como presente un instante antes de convertirse irremisiblemente en pasado.

# La marca profesional de sanitarios del siglo XXI: comunicación, trabajo en equipo y en red, 2.0 y nuevo papel del paciente

**Joan Carles March Cerdà**

Director

Escuela Andaluza de Salud Pública

Hay algunas características que siguen marcando y otras que van a marcar el profesionalismo del siglo XXI:

1. La **comunicación** como la tecnología punta de cualquier profesional con los pacientes, en un siglo de la toma de decisiones compartida.
2. **El trabajo en equipo y en red** como un elemento de la esencia profesional que permita avanzar.
3. La imparable migración a todos los niveles institucionales, sociales y asistenciales hacia un modelo basado completamente en las nuevas **tecnologías de la información y de la comunicación (TIC)**, con las **redes sociales** presentes cada vez más en nuestras vidas y la aparición de nuevas tecnologías que harán más fácil el contacto entre profesionales y con pacientes, lo que conllevará un cambio en lo que hoy entendemos por «asistencia sanitaria».
4. El **nuevo papel de los y las pacientes**, que demandan una mayor participación y un papel más activo, que implica valorar su expertez en la experiencia basada en la información, la formación y el apoyo emocional.

## La comunicación

Durante décadas, la comunicación ha ocupado un lugar secundario en el entorno sanitario. La competencia técnica ha primado muy por encima de las habilidades para interactuar con enfermos/as, un enfoque que permite abordar las enfermedades, pero no siempre el sufrimiento. Desde hace unos años, sin embargo, hay un cierto cambio de tendencia y los/as profesionales sanitarios con habilidades relacionales y emocionales están pidiendo paso.

Un/a buen profesional debe aunar al menos cuatro cualidades básicas, junto a la bondad, como característica primaria de cualquier buen profesional, y éstas son: conocimientos actualizados, adecuado manejo de las técnicas exploratorias, habilidad para tomar decisiones, y aptitudes para conectar y colaborar con el paciente.

Si el siglo XX fue el del avance de la tecnología médica, el XXI tiene que ser «el de la recuperación del humanismo», y eso, pasa por una buena comunicación.

Todas las personas practicamos en mayor o menor medida la acción de comunicar. La verdad es que el compartir y dar a conocer las cosas resulta, sin duda, saludable y apasionante, ya que la comunicación facilita la comprensión y hace posible el acuerdo. La comunicación es una herramienta altamente recomendable y las posibilidades de su utilización resultan insospechadas.

Los problemas de comunicación existentes entre pacientes y profesionales son evidentes. Multitud de barreras se interponen que hacen a veces difícil la comunicación y el entendimiento. Y a pesar del «ruido» existente en toda esa gama de relaciones existentes, se actúa a veces bajo el prisma de la incomunicación, de la etiqueta, del prejuicio, del suponer.

Está comprobado que la comunicación desempeña una función esencial en la confianza entre profesionales y pacientes, así como en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en la asistencia sanitaria y en el cuidado de los pacientes. La palabra cura y cuida.

Pero la comunicación necesita entrenamiento. Con manual y practicando, podrá ser una ayuda para convencer, fortalecer y educar. El objetivo consiste en introducir mensajes que proporcionen conocimientos, influyan sobre las actitudes, refuercen conductas e incentiven la adopción de comportamientos.

El secreto de usarlos con efectividad con tintes y formas saludables, reside en identificar el mensaje preciso para la persona o público al que queremos llegar, con los medios y con los canales más adecuados, siempre teniendo en cuenta el contexto en el cual se produce la relación. De esa forma y basado en la comprensión de las necesidades y preferencias de los pacientes, se establecen puentes de diálogo a través de una estrategia adecuada que, sin duda, puede tener poderosos efectos, en la vida de los pacientes.

Pero la verdad es que no todas las acciones consiguen dar en el clavo. Ello implica realizar cambios en la cultura del emisor para hacer posible el eslogan de que la salud sea **transmisible** y que la palabra cure y cuide.

Las claves para que un/a profesional tenga una **comunicación profesional sanitario-paciente eficaz** son muy diversas, destacando el preguntar sin dar nada por supuesto y con preguntas abiertas, dejar hablar, escuchar de forma activa, proporcionar información, transmitir empatía, aprender a «aguantar» los silencios, mostrar convicción y convencimiento de la importancia de lo que se está haciendo, transmitir seguridad y tener una actitud favorable hacia el mensaje que se va a comunicar y positiva hacia la persona con quien nos queremos comunicar, hablar en positivo con un lenguaje claro, comprensible y adaptado al nivel de la persona con una terminología poco técnica, explicar las ventajas o las utilidades, no bloquear la comunicación, transmitir sólo la información necesaria y en el formato adecuado, no saturar con demasiada información, dando la información poco a poco, a medida que se va comprendiendo y asumiendo, utilizar el formato más adecuado, propiciar la confianza, crear un clima que favorezca la

expresión de la «realidad», favorecer el planteamiento de dudas, preguntas, inquietudes y otros temas que puedan resultar íntimos, no juzgar, ni acusar, ni amenazar, ni exigir, ni menospreciar, ni utilizar el sarcasmo o la ironía, animando a hacer preguntas o expresar su opinión, entre otras.

**Estas habilidades de quienes comunican bien, tienen que complementarse con un conjunto de prácticas comunes de profesionales buenos/as comunicadores/as** que son muchas y variadas como por ejemplo, hacer que los/as pacientes se sientan seguros al hablar o plantear sus posiciones, tomar decisiones compartidas, facilitando el diálogo y centrándose en «hacer que las cosas sucedan» en una línea saludable, comunicar las expectativas, tener como puntos fuertes ESCUCHAR y EMPATIZAR y dar herramientas para crecer, predicando con el ejemplo, practicando lo que predicamos y siendo conscientes de sus acciones, poseyendo el «impulso» de medir y recompensar y reforzando el éxito, proporcionando una retroalimentación continua, como forma de prestar atención y proporcionar confianza, con habilidades en la resolución de problemas, no evitando las circunstancias incómodas, con energía positiva y actitud de cultura de trabajo positiva y creativa que ayude a tomar las medidas correspondientes para enfrentar las dificultades del día a día, en relaciones mutuamente beneficiosas que crean puentes que permiten conectar con las personas.

## Trabajo en equipo y en red

Trabajar en equipo y en red son claves para un/a buen/a profesional del presente y de cara al futuro.

Algunas características que hacen que trabajar en red sea clave para un/a profesional del futuro son que al trabajar en red se generan sinergias, es decir se integran elementos que dan como resultado algo mayor que su simple adición. Además, al trabajar en red se suma legitimidad al transformar un eslabón indispensable de una cadena más larga y poderosa, respetando que los problemas y las necesidades sigan siendo locales. Y trabajar en red es una forma de ser «grande» sin dejar de ser «pequeño», es decir, de ocupar un lugar en el mundo sin perder de vista las necesidades cotidianas de la gente, estando en el camino de las respuestas, y dispuestos a compartirlas, teniendo claro que dos mentes piensan mejor que una, y cien mejor que dos (creatividad) y que las mejores soluciones son aquellas que salen de un proceso de creación colectiva, porque consideran mayor cantidad de puntos de vista, hacen uso de una mayor cantidad de experiencias, y sobre todo, porque las soluciones colectivas se basan en acuerdos y consensos, y por lo tanto, son más realizables.

Todo ello en un entorno donde más información = más oportunidades, porque a mayor número de personas u organizaciones trabajando juntas, mayor y mejor información, mayores y mejores oportunidades, diferencia y diversidad, es posible conseguir los objetivos planteados porque la riqueza está en que en una red no todos son iguales, ni tienen los mismos objetivos ni misiones y porque una red es justamente un grupo de actores/actrices diversos y complementarios.

Y en ese entorno del beneficio de trabajar en red, la profesionalidad implica emocionalmente trabajar al equipo, con actitudes colaborativas y/o enfoques basados en la participación, que ayudan a crear un buen ambiente laboral para que los equipos funcionen mejor, ilusionándole y animándole a un esfuerzo común, partiendo del ganar-ganar, siendo la confianza el lubricante necesario para que la relación funcione de forma adecuada.

Trabajar en equipo es basarse en la cooperación, lo que conlleva obtener unos resultados excelentes al conseguir una buena y deseable confianza con y en el equipo, con la idea de fondo de que, si tú das lo mejor de ti y el ambiente es propicio y favorable, los demás harán lo mismo, pero si el entorno es disfuncional y contaminante, las emociones se contagian negativamente y se pervierte el sistema.

Trabajar en equipo implica ejercer de maestro/a con unos profesionales que trabajan para superar los límites que cada uno se impone, a través del trabajo personal. Aprender a gestionar las emociones de un equipo es fundamental. Para lograrlo es importante recuperar la capacidad de asombro, saber reconocer nuestro talento, buscar un sentido a las cosas que se hacen y prestar atención para buscar soluciones cuando surge un problema. Además de los conocimientos e ideas, la experiencia en un equipo es otra parte fundamental para superar nuestros límites y que 'para que suceda una experiencia los seres humanos necesitamos estar conectados unos con otros'.

Las personas y los equipos se tienen cada vez más en cuenta en cualquier compañía. Es bueno que todos se sientan importantes ya que en un determinado momento se les puede necesitar y deben estar preparados. Sin embargo, en un equipo, nadie es imprescindible. Lo importante en este proceso es que la profesionalidad se demuestre en transparencia como factor de cohesión, con un compromiso y motivación que van unidos, cualificación, formación, experiencia y preparación adecuada, basado en la medición y control de resultados y dando tiempo para la compenetración.

Por tanto, la comunicación es una herramienta altamente recomendable y las posibilidades de su utilización resultan insospechadas en cualquier grupo de personas y, por tanto, en un equipo. Está comprobado que la comunicación desempeña una función esencial en la confianza. Pero la comunicación necesita entrenamiento. Con manual de instrucciones y practicando, podremos convencer, fortalecer y educar. El objetivo consiste en introducir mensajes que proporcionen conocimientos, influyan sobre las actitudes, refuercen conductas e incentiven la adopción de comportamientos.

Y en ese entrenamiento es fundamental tener un relato. Para ello, es fundamental, los valores (La construcción del relato debe sustentarse sobre la base de los valores), las palabras, (La recuperación del poder de la palabra) y el liderazgo (No puede haber un líder sin un relato, de la misma manera que el relato no existe sin un narrador que lo imagine, lo construya y lo transmita. Y el relato no es una retahíla de palabras, ideas o datos. El relato es una historia que cobra vida y es efectivo cuando transmite, evoca, comunica, emociona, moviliza, seduce, identifica, compromete y convence desde la veracidad de lo que sentimos como auténtico).

## Profesionales 2.0 con nuevas tecnologías

La incorporación de los avances tecnológicos está provocando y va a provocar uno de los mayores cambios en la transformación de la práctica profesional. Su integración será de manera progresiva y se vislumbra que la proyección de futuro del *e-health* es grande.

La implantación de las TICs (*Tecnologías de la Información y Comunicación, Tecnologías Diagnósticas, Tecnologías Terapéuticas, Tecnologías Organizativas, Sistemas de soporte a la escisión mediante inteligencia artificial y aprendizaje automático, Genómica y otras ómicas para medicina personalizada, Biotecnología y biología sintética o Cirugía robótica e impresión 3D*) abre un amplio abanico de consideraciones en la práctica asistencial, en todos los procesos asistenciales y a todos los niveles de la organización sanitaria del tipo: mejoras en la asistencia, cambios en la relación con los/as pacientes, aspectos éticos en su adquisición, definición de un uso adecuado, etc.

Aunque su evolución en los próximos años es prácticamente impredecible, su uso actual tiene ya un gran impacto en la calidad de la asistencia y los avances posibles señalan cambios importantes y útiles para mejorar la práctica clínica en los próximos años.

**Las TICs** constituyen la gran oportunidad para el cambio en el modelo asistencial porque brindan nuevas formas de relación no sólo entre la/el profesional sanitario y el/la paciente, sino entre los mismos profesionales. De hecho, está cambiando el proceso asistencial clásico y serán elementos claves en el futuro de la atención sanitaria porque se están estableciendo nuevas formas de contacto y comunicación entre los/as pacientes y profesionales basados en la historia clínica electrónica, la conexión en red, la telemedicina, los telecuidados, las aplicaciones sanitarias para móviles, la adherencia terapéutica seguida en redes sociales, el seguimiento domiciliario con la telemonitorización, la ayuda en la toma de decisiones, la interoperabilidad completa de sistemas, etc. En definitiva, la capacidad de relacionarse con los pacientes en tiempo real sin necesidad de desplazamiento, va a permitir el afloramiento de nuevas formas de atención profesional. La atención virtual permitirá que todos los agentes que intervienen en la atención compartan más información y la participación del/de la paciente sea más activa.

Las TICs romperán el esquema presencial de consulta, la realidad virtual permitirá al médico/a y al enfermero/a una visita más sencilla y próxima a los/as pacientes; al mismo tiempo mejorarán la efectividad clínica, darán lugar a una asistencia cada vez más precisa, más segura, con mejoras espectaculares en los resultados clínicos.

Las nuevas tecnologías y la irrupción de las redes sociales también han tenido su impacto directo en el entorno sanitario. Y no sólo porque acercan mucha información al ciudadano, sino porque están abriendo la puerta a nuevas formas de entender la relación profesional sanitario-paciente. Blogs, aplicaciones, grupos de Facebook y cuentas de Twitter o de Instagram están contribuyendo a horizontalizar aún más este trato y, en definitiva, a acercar posiciones. Hay profesionales que ven una fuente de conflicto en ese nuevo mundo -y de hecho constatan que a veces es necesario emplear mucho tiempo en desmontar una falsa creencia leída en Internet-, pero la realidad es que 'no se pueden poner puertas al

campo'. Para que la búsqueda del paciente en internet no sea un elemento dificultador de la comunicación, los profesionales sanitarios tienen que perder el miedo y, en vez de decir 'no entres en internet', empezar a recetar' páginas webs, blogs o aplicaciones con una adecuada información que ayuden a los pacientes a tomar decisiones de la mejor forma. Los blogs enseñan a escuchar mejor a pacientes y a saber que hay cosas que para los profesionales pueden no ser importantes y, en cambio, sí muy preocupantes.

Las redes sociales suponen un nuevo canal de comunicación con los usuarios de la Sanidad y con los profesionales sanitarios. No pudiendo ser ajenos a esta realidad, se abren nuevas vías de comunicación interna y/o externa con los usuarios y profesionales de la salud. La comunicación bidireccional se obtiene cada vez más, a través de los blogs y las redes sociales.

En este marco, aparece el concepto de **Marca Personal o Personal Branding**, concepto de desarrollo personal consistente en considerarse uno mismo como una marca, que al igual que las marcas comerciales, debe ser elaborada, transmitida y protegida, con ánimo de diferenciarse y conseguir mayor éxito en las relaciones sociales y profesionales, desarrollando consejos sobre cómo mejorar la presencia de ésta a través de las herramientas 2.0. La Marca Personal nos permite romper el paradigma tradicional de tener que adaptarnos a las diferentes oportunidades que se nos presentan, y nos da la pauta para saber si esas oportunidades son realmente compatibles con nosotros.

Antes de la revolución 2.0 sólo existían los medios «tradicionales» para construir una marca personal: ponencias, artículos en revistas, publicación de libros, columnas en un periódico, etc. El problema con estos medios eran las difíciles barreras de entrada que había que superar, ya que, si no partías de una cierta reputación, el camino era arduo y muy largo. Al llegar la «Revolución 2.0», todo cambia, al desaparecer gran parte de las barreras de entrada, lo que permite avanzar mucho más rápido en la creación de la Marca Personal. Además, el beneficio es doble, ya que una buena marca personal en el mundo 2.0 es una estupenda tarjeta de visita para acceder a los medios tradicionales: las reglas han cambiado.

Un/a profesional 2.0 es una persona que realiza una actividad, aplicando herramientas y/o utilizando los sistemas 2.0 para mejorar y desarrollar su labor.

El/la profesional 2.0 tiene las herramientas necesarias para crear y desarrollar una estrategia de acción y gestión de su identidad digital como profesional.

La nueva era 2.0 obliga a los diversos perfiles profesionales a formarse en otras competencias encaminadas a conocer los sistemas y herramientas 2.0, como también, desarrollar habilidades personales que fortalezcan la actitud positiva y abierta ante la evolución del medio.

Y para ello, para intentar ser un/a buen/a profesional 2.0, es importante no abrirse perfiles en todas las redes sociales, sino, marcarse un objetivo, tener claro a quién quiere dirigirse uno/a y sopesar el tiempo a dedicarle, comenzar por hablar sobre lo que puede ser interesante para los usuarios a los que quiera dirigirse, no obsesionarse con las redes sociales y recordar que son una herramienta, un medio, no un fin, con las cuales hay que

guiarse por los mismos principios éticos en el trabajo off-line (honestidad, humildad, basado en hechos, en imágenes, en videos, en enlaces,...) entre los que la intimidad del paciente sea innegociable e intercambiando información y conocimientos, tanto entre profesionales como con los propios pacientes.

Para ello: **cualquier profesional sanitario** es importante que pueda reflexionar sobre este aspecto venciendo el miedo a una nueva idea, miedo a las redes sociales e impulsando la innovación, ya que lo que debe asustarnos es la falta de innovación. Así, los/as profesionales es importante que escuchen las ideas de las personas y tener en cuenta que la revolución 2.0. NO es una revolución tecnológica, sino una revolución de nuevos valores, del talento, de las personas creadoras de emociones que hacen olvidar lo viejo y acercan el futuro creando esperanza ante lo nuevo. Por ello, se necesitan «intraemprendedores», buenos/as profesionales por su capacidad de servir a los demás y de ayudar a que otros consigan sus objetivos.

La salud son conversaciones y el aprendizaje del futuro será en red, ya que se debe pasar de que «la información es poder» a «poder es compartir información». Estamos en un cambio de paradigma basado en la creatividad, la pasión, porque «sin riesgo no hay innovación, no hay pasión, no hay felicidad».

## Nuevo papel de los/as pacientes

Un paciente activo es un paciente que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. El concepto de paciente activo está vinculado al de apoderamiento o *empowerment* de los pacientes, que define a los pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo de relación con los profesionales que les atienden y, por lo tanto, definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida con sus médicos las decisiones que les permiten asumir esos objetivos.

Es un paciente más consciente de su problema de salud, más comprometido con la mejora de su salud y de la asistencia que recibe, y que presenta un mayor cumplimiento terapéutico. Asimismo, es un paciente más colaborador con sus profesionales sanitarios y que gestiona de forma más efectiva y eficiente el tratamiento clínico de su enfermedad. Además, un paciente activo es un paciente experto, que puede ayudar a otros pacientes a ejercer mejor sus derechos y puede contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Esta mayor implicación de los pacientes y de sus familiares en los cuidados de la salud condiciona tanto la definición de lo que constituye una necesidad médica como la demanda de los servicios de salud. Algunas de las principales consecuencias que se pueden esperar de una mayor participación de los pacientes en las decisiones que les afectan a ellos y a sus familiares, requiere modificaciones en la relación con los profesionales de la salud. Los profesionales tendrán que adaptarse a diferentes modelos de pacientes, que podrán adoptar desde comportamientos pasivos, propios de un modelo

de relación tradicional o paternalista, a otros más activos, que pueden incluir la decisión de participar en el proceso de toma de decisiones clínicas o la petición de segundas opiniones médicas.

El acceso a la información sanitaria está ya favoreciendo una mayor autonomía del/de la paciente y su consiguiente empoderamiento. Se podrá acceder a los diagnósticos y tratamientos on-line y los/as ciudadanos/as podrá pedir perfiles de riesgo de enfermedad y consultar cómo actuar. Se crearán plataformas colaborativas pacientes/profesionales, redes sociales tutorizadas para el autocuidado, comunidades virtuales, historias clínicas compartidas, aplicaciones wearables que permitan un seguimiento más exhaustivo y más eficiente; son soluciones para las que la tecnología ya está más que preparada.

El «liderazgo compartido» es el grado en que los pacientes y la ciudadanía en general toman parte en el proceso de toma de decisiones. Denota un grado de transferencia de poder desde el profesional a la persona o desde una gestión sanitaria corporativa a una cogestión compartida con la ciudadanía en general. El liderazgo compartido es el resultado de la efectiva aplicación del empoderamiento del paciente e implica comunicación entre dos partes. En el marco de la relación profesional sanitario-paciente supone la aceptación por parte del profesional sanitario de su nuevo rol para culminar el cambio de paradigma en la relación, pasando de una relación paternalista en la que el/la profesional decide lo que cree que es mejor para el/la paciente, a otra donde ambos comparten conocimiento e incertidumbre y deciden conjuntamente el plan de tratamiento y cuidados a seguir. La decisión unilateral por parte del paciente no es el objetivo de su activación.

Y en esa contribución del profesional sanitario a un mayor logro de los resultados en salud, es importante que no se digan determinadas cosas que desaniman al paciente como «aléjate de Internet», «nosotros te llamaremos si algo va mal», «no intentes tratarte tú mismo, yo soy el especialista», «esto es lo que tienes que hacer», «no me hace gracia que no me hagas caso ni sigas mis consejos»... Lo ideal es contribuir al empoderamiento del paciente con frases como: «aprende todo lo que puedas acerca de tu enfermedad. Aquí tienes unos enlaces web de interés para ti», «es bueno que hables con otros pacientes como tú», «no tengo la respuesta a tu pregunta, pero lo buscamos», «aquí puedes contactar conmigo», «¿qué te preocupa?», «hay varias opciones de tratamiento, cada uno con sus pros y sus contras, ¿cómo lo ves?» o «somos un equipo para poder conseguir mejores resultados».

Es evidente que hay camino por recorrer, en un entorno donde el papel del paciente en la salud y atención está cambiando con rapidez, consiguiendo que los pacientes activos se encuentren mejor y cuesten menos, por lo que hacen, de esa forma, más sostenible al sistema. Y en esa colaboración conjunta profesional sanitario-paciente, los resultados pueden ayudar a un mejor logro de los tratamientos.

## Programa de las Jornadas



DEBATE SOBRE  
**PROFESIONALISMO**  
EN SALUD

Granada, 25 de enero de 2017



Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD

9.30

Presentación e Introducción a la Jornada:

*Juan J. Pérez Lázaro*. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Conferencia Inaugural: **La excelencia en las profesiones sanitarias**

*Adela Cortina Orts*

Catedrática de Ética de la Universidad de Valencia.

Presenta: *María del Mar García Calvente*

10.30

Café

11,00

Mesa de debate: **Los retos actuales de las profesiones sanitarias.**

Moderador: *Serafín Romero Agüit*

Consejo General de Colegios de Médicos.

**Ponencia: Qué es ser hoy un buen profesional de la medicina.**

*Miquel Villardell Tarrés*

Catedrático de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona.

**Ponencia: ¿Es posible ser hoy un buen profesional de la enfermería?**

*Juan Francisco Hernández Yáñez*.

Sociólogo.

12,45

Mesa de debate: **La gestión de profesionales en las organizaciones sanitarias.**

Moderador: *Luis Andrés López Fernández*

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Ponencia: Motivación de profesionales**

*Juan Cabasés Hita*

Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Pública de Navarra.

**Ponencia: La dirección de profesionales**

*Soledad Gallardo Bonet*

Directora Gerente del Hospital de Inca. Servei de Salut de les Illes Balears.

14.30 Almuerzo de trabajo

16,00 Mesa de debate: **El entorno profesional de futuro.**

Moderador: *Jorge Fernández Parra*  
Presidente del Colegio de Médicos de Granada.

**Ponencia: Los nuevos profesionales**

*Blanca Valls Pérez*  
Medica residente de MFyC.

**Ponencia: El futuro de la formación de profesionales sanitarios**

*Arcadi Gual Sala*  
Catedrático de la Universidad de Barcelona. Fundación Educación Médica.

**Ponencia: El papel de la investigación en profesionales del futuro.**

*Antonio Rivero Román*  
Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Reina Sofía. Responsable de Investigación en la Estrategia de Salud de la Consejería de Salud.

17,45 Clausura de la jornada



### COORDINACIÓN

Juan José Pérez Lázaro. Profesor. Escuela Andaluza de Salud Pública

Luis Andrés López Fernández. Profesor. Escuela Andaluza de Salud Pública

### SECRETARÍA

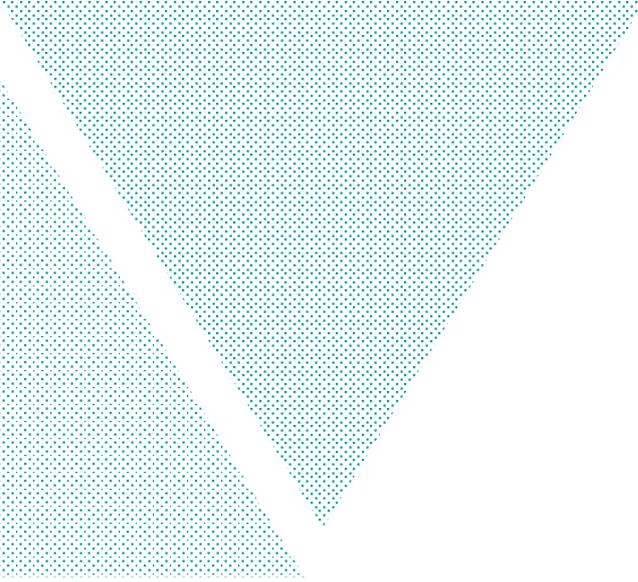
Nuria Marcos López. Escuela Andaluza de Salud Pública  
[nuria.marcos.easp@juntadeandalucia.es](mailto:nuria.marcos.easp@juntadeandalucia.es)

### LUGAR DE REALIZACIÓN

Escuela Andaluza de Salud Pública  
Cuesta del Observatorio, s/n  
Granada

Patrocina:





Este Informe Técnico de la EASP trata de la importancia de las profesiones sanitarias y la necesidad de revisar de forma permanente la idea de «profesionalismo», un concepto que hace referencia a valores y conductas que son la base de la confianza entre la ciudadanía y los profesionales de la salud.

Por este motivo, nuestro propósito es alimentar y actualizar el debate sobre la excelencia en las profesiones sanitarias y, para entender mejor esta situación, lo hemos estructurado en tres áreas temáticas:

- Los retos actuales de las profesiones sanitarias
- La gestión de profesionales en las organizaciones sanitarias
- El entorno de futuro de las profesiones sanitarias

Este documento recoge, entre otras aportaciones, las conclusiones de las jornadas celebradas en la sede de la EASP en enero de 2017. Va dirigido a profesionales e instituciones que tienen responsabilidades o tienen interés en mejorar la posición de las profesiones sanitarias en nuestra sociedad. Esta obra pretende ser un libro vivo porque irá enriqueciéndose de nuevas aportaciones futuras, que aparecerán en sucesivas nuevas versiones del PDF descargable desde la página web de la EASP.