



Casa de Convalescència
Antoni Maria Claret 171
08041 Barcelona
Tel. 93-4335032
Fax. 93-4335036
direccio@fbjoseplaporte.org
www.fbjoseplaporte.org

Fundació Biblioteca Josep Laporte

El Futuro de la Profesión Médica*



Análisis del cambio social y los roles de la
profesión médica en el siglo XXI

Albert J. Jovell

Marzo 2001

* Informe realizado a petición de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad



**Biblioteca
Josep Laporte**



El Futuro de la Profesión Médica

*“Vision without action is a daydream.
Action without vision is a nightmare”*

Proverbio Japonés

Indice

El futuro de la profesión médica es el médico de cabecera.....	3
Resumen.....	6
I. Cambio social y sistemas sanitarios: las transiciones sanitarias.....	11
II. Roles de la profesión médica ante el cambio social.....	80
III. El médico del siglo XXI: reflexiones sobre el futuro de la profesión médica.....	141
Referencias.....	148

El futuro de la profesión médica

Hubo una generación de médicos extraordinarios, anónimos y desconocidos pero extraordinarios, que contribuyeron de manera decisiva a sentar las bases de los sistemas sanitarios modernos y, especialmente, del Sistema Nacional de Salud. En la redacción de este informe ha sido inevitable que me acordara muchas veces de ellos y, sobre todo, de uno de ellos: mi padre. Valorar y especular sobre lo que puede pasar en el futuro obliga muchas veces a pensar en el pasado y en el presente como puntos de partida de esas valoraciones. ¿Qué era ser médico?, ¿qué es ser médico? y ¿qué debe ser un médico? son preguntas que permiten reflexionar sobre la diferencia existente entre ser médico o hacer de médico. De mi padre y de sus compañeros aprendí esa diferencia tan nítida entre el hecho de ser médico --la profesión-- y el hecho de hacer de médico --la ocupación--.

Mi padre fue médico, sólo médico, desde 1954 a 1992 y fue médico y paciente de otros médicos desde 1992 hasta 1999. El seguimiento del deber profesional hizo que cerrara su consulta en Barcelona para trasladarse a Sabadell a inicios de los años 60. Unas riadas y una inmigración masiva de trabajadores urgieron un llamamiento de profesionales para que atendieran necesidades básicas de salud en esa ciudad. Allí se quedó y allí trabajó toda su vida como médico de cabecera. No había asistencia sanitaria universal ni servicios de urgencias, por lo que durante muchos años la profesión tuvo que ser lo primero. Era normal que le llamaran a cualquier hora del día, especialmente de noche, y que si salía a comer fuera de casa con la familia tuviera que quedar con un compañero para que le cubriera su ausencia. Aún

recuerdo como actuó cuando mi madre le llamó a la consulta, diciéndole con seis años de edad que me había roto la clavícula. Tras indicarle como proceder, le comentó que no podía hacer más en aquel momento por mí porque tenía muchos casos como el mío esperando en la consulta. Eran más de 100 personas al día las que visitaba durante esos años en una consulta que nunca cerraba las puertas y donde la cola se prolongaba desde su despacho a la calle. Su mejor tecnología: la relación médico-paciente y la confianza mutua.

De pequeño mi padre era un héroe para mí. No podía serlo de otra forma una persona a la que todo el mundo agradecía cosas, a quién se saludaba constantemente en la calle y de quién casi siempre hablaban bien. Parte de las visitas que hacía no las cobraba y en otras hacía verdadera economía de trueque. Creciendo con estas visiones idílicas de la profesión no había otra elección para mí que la de ser médico como opción profesional. Nunca me lo pidió, no hizo falta. Con los años se convirtió en un modelo de rol para mí. La serenidad con la que afrontó, años después, su condición de paciente y cómo fue tomando decisiones difíciles sobre su destino fue otra lección de padre a hijo que uno no puede olvidar. Cuando murió estaba pendiente de visita en cinco servicios hospitalarios diferentes y, hasta la fecha, casi dos años después, desde ninguno de ellos han contactado con la familia para preguntar porqué no acudió a las citas. No es un reproche, la reflexión personal y, si se me permite, profesional que uno ha realizado sobre estos hechos se puede leer entre líneas en este informe y en dos artículos recientes: "Medicina basada en la afectividad" y "El silencio de los pacientes".

El hecho de ser o hacer de médico no exime a los profesionales de ser enfermos. Si bien se suele decir que los médicos son los peores pacientes, también son los que mejor pueden contribuir a mejorar el sistema sanitario y, sobre todo, a humanizarlo más. Al final, los pacientes como mi padre o como los que tenía mi padre quieren un sistema sanitario que les cuide, sobre todo si se tiene en cuenta que todo paciente acaba sufriendo una enfermedad de la que no se le podrá curar.

Si la medicina ha de responder a las necesidades de la sociedad, posiblemente el futuro de la profesión médica pasa por recuperar al médico de cabecera, al médico amigo. Necesitamos médicos que nos atiendan, conforten, cuiden y coordinen nuestras necesidades de asistencia sanitaria. Con ello contribuirán al desarrollo de un sistema sanitario que haga la vida del enfermo más humana y digna. En este informe quisiera acordarme y dedicarlo a los médicos de la generación de mi padre, esperando que en el futuro la profesión médica responda a esos principios de altruismo y servicio a la comunidad que ellos --"los héroes anónimos de la medicina"-- predicaron con el ejemplo. Ojalá podamos sentirnos orgullosos de pertenecer a una profesión que ha hecho del servicio a los demás su primera prioridad.

Albert J. Jovell Fernández
San Cugat del Vallés, abril 2001

Resumen

El futuro de la profesión médica pasa por la definición de los nuevos roles y responsabilidades de los médicos ante los nuevos entornos y escenarios sanitarios. Estos nuevos entornos vienen definidos por los cambios en las **expectativas** que tiene la sociedad respecto a las posibilidades de la atención sanitaria y de los sistemas de salud. Las expectativas vienen condicionadas por los procesos de cambio social que en este trabajo aparecen se describen mediante las denominadas **transiciones sanitarias**. Las transiciones condicionan la necesidad de la **profesión médica** de adaptarse a los nuevos retos y realidades promovidos por el cambio social.

Las transiciones sanitarias se pueden clasificar como demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica, laboral, mediática, judicial, política y ética. Los cambios asociados a esas transiciones determinan la adopción de un **conjunto de** roles por parte de la profesión médica en nuestra sociedad y obligan a definir un **nuevo modelo de contrato social**. Ello supondría la renegociación del modelo tradicional de contrato social basado en el Juramento Hipocrático. El modelo tradicional no respondería ya a las nuevas expectativas sociales, por lo que el nuevo contrato de la profesión médica con la sociedad debería vehiculizarse a través del concepto de **asociaciones o partenariados**

con los otros agentes sociales o *stakeholders*. Estos partenariados se desarrollarían mediante procesos de deliberación democrática y podrían clasificarse como terapéutico, profesional, corporativo y social según quiénes sean los agentes legítimos participantes y los objetivos que se intenten alcanzar.

La nueva tipología de la profesión médica permite distinguir los diferentes roles a adoptar por los médicos como respuesta a los cambios producidos en el entorno y a las nuevas necesidades sociales que éstas generan. Estos roles serían:

- El médico como **informediario - comunicador**
- El médico como **gestor del conocimiento**
- El médico como **experto**
- El médico como **profesional**
- El médico como **cuidador**
- El médico como **gerente - directivo**
- El médico como **gestor de recursos sanitarios**
- El médico como **agente principal del sistema**

La adopción de este **modelo de multiplicidad de roles** permite definir un conjunto de responsabilidades y obligaciones de la profesión médica

que determinan un nuevo **código de valores** en torno al concepto de **profesionalismo**. El análisis sociológico de los valores asociados a los diferentes roles definidos en este informe permiten orientar **la educación de las generaciones futuras de médicos y la formación profesional continuada de los médicos actuales** hacia un ejercicio de la profesión más adaptado a las expectativas promovidas por las transiciones sanitarias en curso y a las nuevas demandas de la sociedad.

Objetivos del Informe

1. Describir la naturaleza de los cambios que se están produciendo en los sistemas sanitarios modernos y caracterizado por las denominadas transiciones sanitarias.
2. Describir los nuevos roles que debe adoptar la profesión médica para adaptar el ejercicio profesional a la dinámica de cambio social promovida por las transiciones sanitarias.
3. Resumir un conjunto de tendencias y reflexiones sobre el futuro de la profesión de médico y su contrato con la sociedad.

Estructura del Informe

El informe consta de tres partes:

1. Cambio social y sistemas sanitarios: las transiciones sanitarias
2. Roles de la profesión médica ante el cambio social
3. El médico del siglo XXI: reflexiones sobre el futuro de la profesión médica

Palabras clave

Cambio social, contrato social, profesionalismo, transiciones sanitarias, valores, relación médico-paciente, roles profesionales, gestión del conocimiento, educación médica, capital intelectual, partenariados, formación profesional continuada

Agradecimientos

A Joan Josep Artells y Albert Oriol Bosch por la información proporcionada para la realización de este trabajo.

A Maria Dolors Navarro Rubio, Nuria Teira y Francesc Roig por su revisión a una versión preliminar del mismo.

La redacción de este informe ha estado influenciada por los médicos/as de mi familia: Salvador (epd), María, Esther y Gemma, a los que quisiera agradecer su apoyo y cariño.

Advertencias

La información contenida en este informe corresponde a la visión subjetiva del autor del mismo y las opiniones incluidas en el mismo no son atribuibles a ninguna organización o institución concreta.

El informe incluye un conjunto de ideas y reflexiones que han sido publicadas desde 1995 y cuyas referencias aparecen citadas en la sección correspondiente del informe.

Este informe no surge de una revisión sistemática de la evidencia científica.

I Cambio social y sistemas sanitarios:

Las transiciones sanitarias

Demográfica

Epidemiológica

Tecnológica

Económica

Laboral

Mediática

Judicial

Política

Ética

“El futuro ya no es lo que era”

Yogui Berra

Las Transiciones Sanitarias

Tal y como describió el sociólogo estadounidense Talcott Parsons en su libro “El sistema social”, los sistemas sanitarios modernos no son ajenos a los cambios inherentes a la dinámica propia del **sistema social** en el que se encuentran (Parsons 1951) Es por ello que se ven obligados a responder a los cambios que se van produciendo en el entorno social y a ajustarse a las **nuevas realidades**, a las **necesidades emergentes** y a las **demandas y expectativas** que estas generan. Los cambios en los sistemas sanitarios, obligan a las profesiones sanitarias, y en especial a la profesión médica (PM), a adaptarse a los mismos a medida que estos se van produciendo.

El análisis de las **necesidades de adaptación** de la PM pasa por entender previamente el origen, la naturaleza y las posibles consecuencias de los cambios que se están produciendo en los sistemas sanitarios. El conjunto de cambios que se producen en el entorno de la sanidad pueden englobarse dentro del concepto de **transición sanitaria**. Este concepto define el conjunto de fenómenos que afectan a los sistemas sanitarios y que aparecen con mayor o menor grado de implicación asociados a los cambios generados en el sistema social. Esta concepción fenomenológica supone considerar los sistemas sanitarios, y por extensión el sistema social, como sistemas

dinámicos, en los que a diferentes velocidades se van produciendo constantes movimientos de cambio como consecuencia de la necesidad de responder a múltiples influencias intrínsecas y extrínsecas. Ello permite caracterizar los sistemas sanitarios modernos como estructuras en permanente estado de cambio y, por lo tanto, en un proceso de transición continua.

La visión de los sistemas sanitarios como sistemas en transición obliga a describir los **fenómenos sociales**, los denominados “hechos sociales” durkhenianos, que promueven tales transiciones. En la primera parte de este informe se citan y describen brevemente estos fenómenos sociales que actúan como promotores de cambio social y que se definen como **transiciones sanitarias**. Estas podrían clasificarse como:

- **Demográfica**
- **Epidemiológica**
- **Tecnológica**
- **Económica**
- **Laboral**
- **Mediática**
- **Judicial**
- **Política**

- **Etica**

Transición Demográfica

La transición demográfica se caracteriza por la coincidencia de tres fenómenos sociales al mismo tiempo: el aumento de la longevidad de la población, la baja tasa de natalidad y el incremento de la inmigración procedente de otros países. El aumento de la **longevidad de la población**¹ ha supuesto un aumento de las necesidades sanitarias, tanto por el diagnóstico de nuevas enfermedades relacionadas con el hecho de vivir más años como por un incremento de la frecuentación de los servicios de salud. El fenómeno de la longevidad junto al éxito de la medicina en la disminución de la mortalidad específica atribuible a enfermedades agudas, ha supuesto un aumento de la morbilidad relativa y, sobre todo, de la **comorbilidad** o coexistencia de diferentes enfermedades o patologías en una misma persona. Vivir más no solo incrementa la probabilidad de que se diagnostiquen enfermedades nuevas, sino que también aumenta la posibilidad de diagnosticar un mayor número de patologías en una misma persona. El cáncer, las enfermedades mentales y la patología incapacitante constituyen el grupo de enfermedades que aparecen asociadas al aumento progresivo de la esperanza de vida de la población.

¹ El fenómeno del aumento de la longevidad de la población también se conoce como de envejecimiento poblacional.

El aumento de las necesidades sanitarias relacionadas con el envejecimiento ha supuesto el desarrollo e implantación de los servicios sociosanitarios, orientados a promover la **continuidad y longitudinalidad asistencial** que precisan las personas afectadas por varias enfermedades y a satisfacer las necesidades generadas por el carácter crónico de las mismas. Asimismo, los conceptos de **cuidar y de calidad de vida** aparecen asociados al desarrollo de servicios sociosanitarios específicos para la vejez de carácter integral, que comprenden desde la prevención de enfermedades y promoción de la salud hasta la rehabilitación y paliación. A ello se une el desarrollo emergente de nuevas formas asistenciales, como la asistencia a domicilio, residencias asistidas o los cuidados paliativos; nuevas especialidades médicas, como la geriatría; o la mayor visibilidad de otras profesiones sanitarias, como los asistentes sociales.

Además del fenómeno de la longevidad también se produce un creciente **descenso de la natalidad** en nuestro entorno social, lo que supone una disminución de la tasa de recambio generacional y de la capacidad de redistribución de recursos económicos desde las nuevas generaciones hacia sus predecesoras. En un sistema de tipo distributivo de pensiones esta situación de crecimiento vegetativo negativo genera un grave problema en la redistribución intergeneracional de los recursos disponibles. Esta situación constituye una novedad social en la historia de los países desarrollados, ya que se produce un aumento de las necesidades de recursos sanitarios a la vez que disminuye la capacidad

económica para disponer de los recursos que deben satisfacer esas necesidades.

Finalmente, el tercer fenómeno social asociado a la transición demográfica está determinado por la **inmigración** procedente de otras culturas. La inmigración viene condicionada por factores de precariedad socioeconómica y obliga a las autoridades sanitarias a desarrollar políticas específicas que garanticen la satisfacción de las necesidades sanitarias de los inmigrantes. Esta atención sanitaria requiere desarrollar las capacidades y determinar las competencias de los agentes sociales y, sobre todo, de los profesionales para realizar el ejercicio profesional en unas condiciones de **diversidad cultural**.

La transición demográfica pone en evidencia diferentes retos asociados al ejercicio de las profesiones sanitarias y, sobre todo, de la PM. Estos retos suponen la adopción de una estructura de valores capaz de entender y tratar de forma adecuada los aspectos sanitarios asociados al envejecimiento o a la inmigración. Entre los primeros, destacan, entre otros, una **percepción positiva** del hecho de envejecer, la **capacitación profesional** para tratar pluripatologías y para manejarse con múltiples tratamientos, el respeto a los **valores individuales** del enfermo, la capacidad de **orientación y coordinación** de los servicios asistenciales requeridos por los pacientes crónicos, la importancia del cuidar en comparación con el curar y el saber confrontar las decisiones difíciles

asociadas con los diferentes valores culturales ante la muerte o la negación a recibir un tratamiento. Entre los retos asociados con la inmigración, el más importante es el de capacitar a la PM con la **competencia cultural apropiada** para tratar con respeto los aspectos relacionados con la diversidad étnica, y las diferentes costumbres y valores de los nuevos ciudadanos. Todos estos cambios demográficos ponen en evidencia uno de los mayores retos de la PM: **entender y hacerse entender mejor.**

Transición Epidemiológica

La transición epidemiológica ha supuesto el cambio del patrón de enfermedades asociado al pasar de un patrón **agudo** de enfermedad a uno más **crónico**, a la existencia de comorbilidades, y a la aparición de **nuevas enfermedades** como consecuencia de la longevidad poblacional y de otros factores, como por ejemplo los movimientos de migración masiva dependientes de los medios de transporte aéreos.

El concepto de cronicidad surge no sólo de la aparición de enfermedades degenerativas asociadas al envejecimiento, sino también de las enfermedades relacionadas con **estilos de vida arriesgados o no saludables**, como son el tabaquismo o el alcoholismo. Además, el progreso social junto con los avances científicos ha conducido a una disminución de la gravedad de las enfermedades de transmisión

infecciosa, incluida la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, y a la **cronificación de las patologías agudas** que se solían asociar a una elevada incidencia de mortalidad, como son las enfermedades coronarias. En este sentido, parte de los problemas de la sostenibilidad financiera de la sanidad actual derivan de la capacidad exitosa de la medicina para reducir la incidencia de mortalidad específica, lo que conduce a un aumento de la prevalencia de la morbilidad. Como ya se ha comentado en el apartado anterior, este aumento de morbilidad atribuible a la reducción de mortalidad se traduce en un incremento de la necesidad y frecuentación de los servicios asistenciales.

La transición epidemiológica presenta diferentes retos para la PM. El primero de estos retos está relacionado con la capacidad del sistema sanitario para transformar unas estructuras tecnológicas, asistenciales y de competencias profesionales orientadas al tratamiento de la enfermedad aguda en estructuras aptas para tratar de forma adecuada la **complejidad asistencial del paciente crónico**. Ello supone la transición desde hospitales de alta tecnología al desarrollo de nuevas formas asistenciales estructuradas en torno a los servicios de atención sociosanitaria y a la atención primaria. La **coordinación entre niveles asistenciales** aparece como uno de los retos de la PM para poder alcanzar el objetivo de mejora de la calidad de la atención sanitaria del paciente crónico y afectado de comorbilidades. Ello supone capacitar la PM para tratar la complejidad asociada a la enfermedad crónica y a la pluripatología en un contexto sanitario orientado al manejo clínico de la

enfermedad única o aislada. Un tercer reto es el de la **compresión de la morbilidad**, que supone el desarrollo de estrategias de salud pública orientadas a retrasar el inicio de la morbilidad a los últimos años del ciclo vital de las personas. Finalmente, las estrategias de gestión del conocimiento basadas en los resultados de los ensayos clínicos realizados en centros de investigación especializados, siguiendo criterios de inclusión muy estrictos, pueden no responder de forma satisfactoria a las necesidades de este nuevo modelo de paciente afectado por múltiples patologías y/o factores de riesgo. El diseño y aplicación de **políticas de investigación** que permitan la implementación de estrategias de gestión del conocimiento orientadas a responder a las necesidades generadas por esta nueva tipología de paciente resultante de la transición epidemiológica aparece como uno de los nuevos retos para la PM.

Transición Tecnológica

La transición tecnológica incluye, por un lado, el incremento del número de **innovaciones** destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y, por el otro, a los avances en el desarrollo de las **tecnologías de la información y la comunicación** y sus aplicaciones sanitarias.

Los avances asociados al progreso científico han promovido la rápida introducción y adopción de las **tecnologías sanitarias**. Este concepto

engloba cualquier intervención, bien sea un fármaco, un procedimiento o una nueva forma de organización asistencial; desarrollada con la finalidad de favorecer una mejora de la atención sanitaria. El desarrollo de las tecnologías sanitarias está relacionado con la constante producción y utilización de conocimiento en los sistemas sanitarios. Ello supone definir a los sistemas de salud como **sistemas basados en el conocimiento**. Esta perspectiva sitúa a los trabajadores sanitarios y, particularmente a la PM, como **gestores del conocimiento**, debido a que su trabajo consiste en aplicar y utilizar el mismo en los procesos de atención sanitaria. Cualquiera de las tecnologías disponibles en sanidad surge de un proceso de investigación y desarrollo basado en el conocimiento. Además, la competencia profesional utiliza el conocimiento para determinar la aplicación apropiada de las tecnologías en el manejo de condiciones clínicas y pacientes específicos.

En la actualidad, los procesos de investigación y desarrollo en tecnologías sanitarias se orientan hacia dos áreas específicas relacionadas de investigación: **biotecnología** y **genética**. Esta tendencia a promover áreas de investigación orientadas al descubrimiento de “lo nuevo” y al “tratamiento de lo incurable” genera una situación paradójica, como resultado de promover la búsqueda de nuevas tecnologías sanitarias cuando aún no se han completado los ciclos de investigación y desarrollo relacionados con las ya disponibles. Esta situación de aumento de la utilización de tecnologías no adecuadamente evaluadas ha supuesto la introducción de conceptos

como el de la **atención sanitaria y medicina basada en la evidencia científica** (Jovell y Aymerich 1999). La aplicación de estos conceptos pretende garantizar la acreditación científica de las tecnologías sanitarias disponibles en aplicaciones clínicas específicas. Por otro lado, cabe considerar el impacto mediático y las expectativas que genera en la opinión pública todo lo relacionado con el “descubrimiento de lo nuevo” en el ámbito de la salud.

Desde una perspectiva social se tendría que evaluar el coste de oportunidad de las nuevas investigaciones médicas, con el objeto de valorar si estas responden de forma eficiente a las necesidades sanitarias de la sociedad que las financia (Jovell Quark 1999a). En este sentido, Christensen y cols. justifican la necesidad de orientar la inversión en investigación biomédica hacia las innovaciones en **tecnologías rompedoras**², con el propósito de atender de forma más eficiente y equitativa las necesidades actuales de la población (Christensen y cols. 2000). El concepto de tecnologías rompedoras requiere de la PM una reflexión sobre cuáles deben ser las prioridades de investigación que mejor responden a los valores de servicio a la comunidad implícitos en el contrato social con la sociedad.

² Traducción libre del autor del término inglés *disruptive technologies*

La revolución del conocimiento viene condicionada por los avances científicos y ha supuesto la división del trabajo en especialidades médicas y, dentro de éstas, el desarrollo de las **subespecialidades**. El cambio tecnológico aparece relacionado al desarrollo de nuevas subespecialidades médicas, como por ejemplo la de los ginecólogos que se convierten en especialistas en el tratamiento de la infertilidad o la de los cardiólogos especializados en los trastornos del ritmo cardíaco. El fenómeno de la especialización médica asociado a la evolución hacia la complejidad del conocimiento científico es importante, en cuanto que, a diferencia de otros sectores de la economía, el cambio tecnológico en sanidad no necesariamente resulta en un aumento de la productividad del proceso asistencial y en una reducción de los costes de producción y de servicio.

Asociado al cambio tecnológico también aparece un aumento de la **complejidad de los procesos de gestión clínica**, como se puede comprobar con la reciente introducción de la tomografía por emisión de positrones, que no se suele utilizar para reemplazar ninguna tecnología disponible sino para complementar las ya existentes. En este sentido, no deja de ser sorprendente el agravio comparativo existente al valorar los estándares que regulan la evaluación de los fármacos en la fase previa a la adopción de los mismos y los de las tecnologías diagnósticas. En el caso de las pruebas diagnósticas se permite su introducción y difusión sin necesidad de justificar su mayor eficacia comparativa ante

tecnologías ya adoptadas y sin haberlas evaluado según criterios de efectividad, eficiencia, equidad y utilización apropiada.

Las peculiaridades de las tecnologías sanitarias las ha situado como uno de los factores que condiciona la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, ya que la introducción de las mismas supone un aumento del gasto sanitario. La adopción de las nuevas tecnologías supone para la PM la necesidad de tener que adoptar el rol de **gestor implícito de recursos sanitarios**, al tener que tomar decisiones sobre la idoneidad o no de su utilización en pacientes concretos según criterios de justicia social.

Las decisiones difíciles también se extienden a aquellas situaciones en las que tecnologías establecidas no pueden proporcionar una mejora de la calidad de vida de los pacientes debido a la gravedad e irreversibilidad clínica de los pacientes o bien al mal pronóstico de la enfermedad. En el primer caso se puede producir el fenómeno del **encarnizamiento terapéutico** y en el segundo la necesidad de valorar la **regla del rescate terapéutico**. En relación al encarnizamiento terapéutico existe suficiente evidencia sobre el coste y la inutilidad de su aplicación en medicina (Emanuel y Emanuel 1994). Con respecto a la regla del rescate terapéutico, que implica la adopción de tecnologías experimentales –de eficacia no probada-- en el tratamiento de enfermos cuya enfermedad no responde a las tecnologías convencionales, se

requiere un consenso social sobre la forma de actuar. La adopción indiscriminada del **uso compasivo terapéutico** puede retrasar el avance del conocimiento científico y generar falsas expectativas en los pacientes y en sus familias.

La transición tecnológica obliga a la PM a una constante revisión de los conocimientos científicos para poder realizar un ejercicio actualizado de la misma. Esta no es una tarea fácil, ya que la producción de nuevos conocimientos supera la capacidad de asimilación y de acceder a los mismos por parte de los profesionales en ejercicio. Así, se ha estimado que un profesional de la atención primaria debe leer 17 artículos científicos al día para mantenerse actualizado de los avances publicados en su especialidad (Davidoff y cols. 1995). Esta situación de **“sobredosis de información”** ha promovido el desarrollo de instituciones orientadas a la selección, revisión y síntesis de la información disponible. La finalidad de estas instituciones es la de difundir el conocimiento científico actualizado que permita aumentar la calidad e idoneidad de los procesos de decisiones sanitarias.

El reto de estar **actualizado** con respecto al conocimiento científico disponible y de poder garantizar la seguridad y la celeridad de los procesos de atención sanitaria viene favorecido por la introducción de los avances en las tecnologías de la información y la comunicación. Las oportunidades de mejora de la atención sanitaria asociadas a la introducción y aplicaciones de esas tecnologías son múltiples, así como

los retos que plantean en la actualidad al ejercicio de la PM. Entre estos retos, y propios de una fase de transición, está la rapidez de adaptación de los profesionales y de los sistemas de salud a un cambio tecnológico cuya celeridad no tiene precedentes en la historia de la humanidad. La recogida y acumulación electrónica de datos, la comunicación sin fronteras físicas, y el intercambio de información en tiempo real a cualquier hora del día y desde cualquier lugar del mundo constituyen tres de las principales novedades promovidas por estas innovaciones tecnológicas que determinan el paso de la sociedad industrial a la de la información.

No cabe ninguna duda de que el **cambio tecnológico** asociado a la producción masiva de conocimiento científico nuevo y complejo, bien sea con respecto a las tecnologías orientadas al manejo clínico de los enfermos o a las destinadas a la mejora de los procesos de información y comunicación, presenta importantes retos para la PM. Entre estos retos destacan la responsabilidad profesional en la determinación de prioridades en investigación biomédica, en la respuesta a las presiones financieras impuestas por los avances del conocimiento en las decisiones de distribución de recursos sanitarios, y en la adaptación a las posibilidades ofrecidas por las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Transición Económica

La sanidad constituye una importante **área de valor económico** al utilizar y generar capacidad productiva y, por lo tanto, no puede ser ajena a los cambios que se producen en el ámbito global de la economía. Estos cambios, además de implicar al conjunto de la sociedad desde una perspectiva macroeconómica³, afectan tanto a la estructura y organización de la sanidad, como a los procesos de transacción entre los diversos agentes sanitarios. Desde una perspectiva económica, la PM se ha visto afectada por dos grandes cambios sociales: la instauración de los **modelos sanitarios de tipo estatal** y la agrupación de los servicios de provisión sanitaria en torno a **corporaciones industriales**. Un ejemplo de la estatalización de la sanidad lo constituye el National Health Service de la Gran Bretaña, mientras un ejemplo de agrupación industrial de servicios lo constituye el modelo de atención gestionada o *managed care* de los Estados Unidos. En este sentido, la PM se ha visto afectada por la tendencia de los sistemas económicos a la instauración en la sanidad de grandes corporaciones centralizadas públicas y/o privadas con el objetivo de fomentar los beneficios atribuibles a las economías de escala.⁴

El fenómeno de la **industrialización sanitaria** ha supuesto la transición desde una organización de la PM en torno a núcleos de práctica

³ Fenómeno conocido con el nombre de globalización o universalización de la economía.

⁴ La tendencia a fomentar grandes corporaciones o *trusts* industriales y financieros es propia de todos los sectores de la economía no solo de la sanidad.

profesional individual al desarrollo de grandes corporaciones de servicios con estructuras de diversificación vertical y horizontal (Relman 1980). Esta tendencia a la industrialización de la sanidad no sólo ha promovido el desarrollo de las grandes corporaciones de provisión sino también la instauración de los procesos de fusión en la industria farmacéutica multinacional. La tendencia futura podría situarse en dos direcciones complementarias: 1) la de las pequeñas empresas de producción o provisión de servicios basadas en un nivel de producción y utilización intensiva del conocimiento especializado y 2) las grandes corporaciones organizadas en torno a la producción y provisión diversificada de servicios, en las que se favorecerían las economías de escala y los procesos de integración y complementariedad. Al primer grupo de instituciones pertenecerían en la actualidad las empresas de biotecnología o de radiología, especializadas en una tecnología específica, y al segundo, las compañías de seguros y las multinacionales farmacéuticas.

Esta tendencia a la **gran corporación industrial**, no sólo afecta a la industria de producción y provisión de servicios sino también podría afectar a la de contratación y utilización de los mismos. De esta manera, el corporativismo también podría extenderse a los consumidores de servicios sanitarios, que podrían agruparse en forma de oligopsonios de compra de servicios o formando estructuras organizadas en torno a condiciones clínicas específicas. Un ejemplo de agrupación de consumidores organizadas con la finalidad de conseguir ventajas

competitivas en la contratación de servicios sanitarios lo constituyen las **alianzas de usuarios** propuestas en la Health Security Act del gobierno Clinton en los Estados Unidos (The White House Domestic Policy Council 1993).⁵

La Health Security Act podría expresar una tendencia futura de los Estados a adoptar posiciones libertarias o de menor responsabilidad en la gestión de la sanidad y delegar la organización de la misma a los procesos de negociación entre agentes sanitarios. Esta tendencia a limitar la función del Estado a la financiación de un conjunto de servicios básicos y a la regulación mínima vendría motivada por la escasa rentabilidad política y el impacto mediático negativo de los temas sanitarios. Por otro lado, los usuarios también pueden agruparse en torno a la defensa de una enfermedad o condición clínica específica, promoviendo un proceso de **desintermediación** en la relación entre médicos y paciente y en la relación usuarios o ciudadano y administración de servicios sanitarios.

Las asociaciones de enfermos de SIDA o de esclerosis múltiple a la vez que se constituyen en agrupaciones de apoyo y ayuda a los pacientes también pueden convertirse en poderosos grupos de presión o *lobbies*

⁵ El modelo propuesto por la Health Security Act constituye una aplicación de la teoría de juegos a las relaciones microeconómicas entre proveedores, financiadores y compradores de servicios sanitarios.

con la finalidad de atraer mayores fondos económicos y la atención de la opinión pública hacia “la enfermedad”. Este concepto de **enfermedad con causa** otorga ventajas competitivas en los procesos de distribución de recursos a aquellas enfermedades que se benefician de la desintermediación. Entre estas ventajas se encuentra la posibilidad de gestionar estructuras asistenciales propias y acelerar los procesos de regulación de fármacos. Una variante del proceso de desintermediación puede ser la conversión de los *lobbies* o grupos de presión de enfermos en instituciones similares a las denominadas *grass root organizations* (GROs).

Con anterioridad se ha defendido la noción de que los sistemas sanitarios son sistemas basados en el conocimiento. Es por ello que todo lo relacionado con la salud se sitúa dentro de los conceptos complementarios de **economía del conocimiento** y de **economía de lo nuevo**.⁶ Esta concepción permite avalar la idea de que el modelo económico futuro de la sanidad debería estructurarse en torno al **capital intelectual** de las instituciones sanitarias. Estas constituyen organizaciones basadas en el aprendizaje, en las que la **generación de valor “per se” reside en los activos intangibles**, y no en las estructuras físicas o en las tecnologías sanitarias. Desde esta perspectiva, la PM como depositaria de conocimiento constituye el activo intelectual más importante de la sanidad, dada su gran capacidad para

aportar valor económico a la institución sanitaria y a las finalidades de la misma. Esta situación condiciona la PM como un agente generador de valor económico basado en la gestión del conocimiento. A su vez, el valor diferencial del conocimiento generado y acreditado determina el nivel de competencia profesional de los diferentes miembros de la PM.

Este hecho es importante si se tiene en cuenta el impacto de los avances del conocimiento científico en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. Desde una perspectiva microeconómica, el ejercicio de la PM supone la transferencia de unos recursos tangibles, o que se pueden tangibilizar, hacia la consecución de un recurso intangible, o difícil de tangibilizar, como es la salud, por parte de un agente que basa gran parte de su trabajo en **activos intelectuales** o intangibles. Entre estos valores intangibles también habría que destacar el hecho de que la PM es la depositaria de la **confianza de los pacientes** siendo la relación médico-paciente el centro del proceso de decisiones clínicas. Obviamente, estas decisiones clínicas se basan en el conocimiento y son un centro importante de transacciones económicas. Es por ello que la transición económica también debería contemplar el reconocimiento y la valoración de los elementos intangibles –confianza, conocimiento-- del ejercicio de la PM y de la relación médico-paciente.

⁶ Este concepto también se denomina de forma errónea como nueva economía.

Un factor adicional en el análisis de la transición económica es la valoración del impacto potencial de las **nuevas tecnologías de la información y comunicación** en el ejercicio de la PM. Estas tecnologías permiten mejorar la calidad de las partes estandarizadas de los procesos sanitarios, a la vez que permiten evaluar mejor la importancia de la aportación singular de los activos intelectuales institucionales o individuales. La aplicación de estas tecnologías en las organizaciones sanitarias basadas en el conocimiento, con independencia de si son industriales, asistenciales o de gestión, debería permitir la introducción de métodos de estimación y valoración de su capital intelectual. Dado que es en los activos intelectuales no estandarizables dónde reside el valor económico diferencial o añadido, la medida de ese valor también debería condicionar la retribución de los profesionales. Los sistemas de gestión de activos intelectuales y de valores intangibles tendría que llevar asociado la introducción y desarrollo de nuevos modelos de promoción laboral o de carrera profesional.

La sanidad no es ajena a los procesos de globalización económica y a sus consecuencias. La industrialización de la sanidad ha supuesto la constitución de corporaciones estatales, empresariales y, posiblemente, en el futuro de usuarios que establecen entre sí negociaciones sobre el modelo de financiación y provisión de servicios sanitarios. Asimismo, el hecho de que el conocimiento médico se base en los activos intelectuales e intangibles supone tener que adoptar un modelo diferente

de valoración del beneficio atribuible a la práctica de la medicina y a la PM.

Transición Laboral

La transición laboral de la PM constituye uno de los fenómenos sociales más interesantes en el campo de la sociología de las profesiones. De hecho, el **concepto de profesión** se define por la pertenencia de sus miembros a un cuerpo especializado de conocimiento, por su vocación de servicio y por su capacidad para auto-regularse y, por lo tanto, organizar el modo en que ofrecen sus servicios (Cruess y cols. 2000). Diferentes fenómenos sociales descritos en la primera parte de este informe, como la transición laboral, configuran cambios sustanciales del concepto tradicional de PM y de sus relaciones de la PM. Estos cambios han abierto en los países anglosajones un debate sobre el concepto de **profesionalismo** con la finalidad de definir los roles que configurarán el ejercicio de la PM. Los elementos básicos de este debate y la literatura publicada en los dos últimos años sobre el tema aparece citada en los diferentes apartados de este documento.

La primera transición laboral ha supuesto el paso de un modelo de ejercicio liberal de la profesión hacia un **modelo asalariado**. Esta transición ha admitido la persistencia de modelos mixtos de ejercicio de la PM, en los que coexiste un horario de trabajo asalariado con un

horario de trabajo liberalizado. Una segunda transición laboral lo constituye el paso de la singularidad a la pluralidad profesional determinada por el **fenómeno de la especialización**. La medicina ya no sólo se configura en especialidades sino que ésta a su vez se estructura en torno a subespecialidades. Estas últimas aparecen muchas veces vinculadas a los cambios tecnológicos y a la condición de propietario de conocimiento especializado. Las dos primeras transiciones han estado asociadas a un fenómeno de **jerarquización profesional** en categorías o niveles que asemejan la estructura de las instituciones sanitarias a la organización de los ejércitos profesionales.

Una tercera transición laboral resulta de la **profesionalización** de las actividades sanitarias, lo que ha supuesto el desarrollo de múltiples profesiones sanitarias y la conversión de la PM desde la particularidad de tratar enfermos a la de desarrollar nuevos roles profesionales. Estos nuevos roles están relacionados con los diferentes ámbitos de la gestión de la estructura y de los procesos sanitarios. De esta forma, a los profesionales de la medicina se les atribuye la necesidad de adoptar múltiples roles relacionados con el conocimiento de otras disciplinas médicas más horizontales, como por ejemplo la epidemiología, la economía y la calidad asistencial, y habilidades asociadas a la comunicación interpersonal y a la gestión de recursos. La respuesta a esa multiplicidad de roles pasa por el desarrollo de una carrera profesional basada en la formación continuada que incluya **un doble modelo de formación de capacidades**: vertical, en lo referido a la

especialidad, y horizontal, en lo relacionado con los conocimientos básicos de referencia médica y los de apoyo en áreas de gestión, epidemiología y similares.

Una cuarta transición profesional delimita las condiciones **del ejercicio autónomo** de la PM mediante el control directo o indirecto de la actividad profesional por parte de terceros, sea el Estado y/o la corporación sanitaria. Esta situación es percibida por algunos miembros de la PM como una interferencia en la denominada autonomía profesional, considerada tradicionalmente uno de los valores inmutables de la PM y reflejada de forma implícita en el modelo clásico de contrato social. Finalmente, una posible quinta transición laboral vendría determinada por los posible movimientos migratorios de profesionales con diferentes educaciones y estilos de práctica clínica, así como por el impacto de la denominada globalización en el ejercicio de la PM. Este último proceso puede conducir a la instauración en la provisión de servicios sanitarios de corporaciones transnacionales, al igual que ocurre con las multinacionales farmacéuticas.

Los cambios citados en las transiciones descritas con anterioridad en este documento señalaban la necesidad de un mayor reconocimiento de los activos intelectuales o intangibles de la PM. En la medida en que se promueva una mejor valoración de dichos activos basados en el conocimiento y haya un consenso en torno a la aceptación de los

mismos, la valoración profesional de la PM como recurso humano y económico debe cambiar. Ello supone redefinir la valoración del capital humano individual y del capital intelectual o colectivo de la unidad organizativa –hospital o servicio— por su capacidad de generar valor tanto tangible como intangible. Esto ha de suponer la adopción de un modelo de reconocimiento profesional estructurado en torno a **clases sociales basadas en el conocimiento** y regulado por criterios de reacreditación periódica de las competencias profesionales.

La adopción de un modelo de reconocimiento profesional basado en la capacidad de generar valor diferencial debería promover la instauración de diferentes formas de regulación y contratación profesional. Estas deberían asociarse a una diversidad de estrategias de retribución salarial y de incentivos. Por otra parte, se debería promover el **reconocimiento social** de que la PM tiene que realizar un esfuerzo intelectual superior al realizado por otras profesiones para poder llevar a cabo un ejercicio efectivo de la profesión. Este esfuerzo es el resultado de asociar a una de las licenciaturas más largas del curriculum universitario español una formación especializada y un título de doctorado. Todo ello se asocia a la necesidad de responsabilizarse de un proceso de formación continuada que les obliga a estar actualizados durante toda la vida profesional de su especialidad, a la vez que a estar capacitados para responder a la multiplicidad de roles que se describen en la segunda parte de este informe. No hay ninguna duda de que la

responsabilidad social asumida y atribuida a la PM merece un reconocimiento diferencial por parte de la sociedad.

Finalmente, una de las incógnitas difíciles de pronosticar en la actualidad está relacionada con cuáles serán las características del **modelo retributivo** de la PM en el futuro. En teoría, tal y como ya se ha mencionado, el hecho de que la salud sea un elemento de gran valoración y estima social debería suponer que la capacidad de la PM de aportar ese valor se tradujera en un reconocimiento superior dentro de la escala de valores del sistema social en comparación con otras profesiones. Por otro lado, el hecho de que el contrato social de la PM sitúe como elementos centrales del mismo a **la vocación, el altruismo y el compromiso de servicio a los demás** impone limitaciones a la consideración de la profesión como un trabajo objeto de remuneración privilegiada. A estas limitaciones filosóficas se deben añadir la existencia de un modelo de estructura jerárquica basado en la antigüedad laboral como elemento predominante de promoción profesional y el exceso en la oferta de profesionales.

A pesar de las limitaciones expuestas, si se consiguiera controlar la oferta y diversificarla según su valor diferencial se podría promover una estructura más horizontal. Esta estructura debería conducir a un modelo de retribuciones basado en la capacidad individual de aportar valor intelectual al ejercicio profesional y en el reconocimiento social de ese

valor diferencial. Por otra parte, la configuración del profesional de la medicina como la de un **trabajador del conocimiento** implica la necesidad de desarrollar un nuevo **contrato social** entre las organizaciones sanitarias y sus empleados, así como la de diseñar un modelo de carrera profesional que reconozca de forma individualizada el valor añadido que reside en el capital humano del profesional. Ello implica también el reconocimiento del valor asociado a la capacidad de controlar y asumir los riesgos relacionados con el ejercicio de la PM. Estos suponen un plus adicional de responsabilidad como consecuencia de la visibilidad del error y, por lo tanto, la necesidad de reducir su probabilidad; por el estrés en el lugar de trabajo y por la presión asistencial.

Situada en el concepto de profesionalismo el impacto de la transición laboral en la PM ha sido y es muy importante. Los fenómenos sociales de pérdida de autonomía por un control externo de la actividad profesional, de adopción de modelos retributivos estandarizados basados en el salario por categoría, de subespecialización, de diversificación profesional, y de globalización reflejan la extensión de las consecuencias de la transición laboral en la PM. Todo ello ha podido derivar en una situación en la que el concepto de profesión se haya visto sustituido por el de **ocupación o trabajo**. Esta situación podría llevar asociada una pérdida de los valores de responsabilidad social y de servicio a los pacientes descritos en el contrato social entre la medicina y la sociedad. El concepto de ocupación, en un sentido estricto, podría

suponer la transferencia de parte de estas responsabilidades a las organizaciones para las que se trabaja

Transición Mediática

La información sobre los temas de salud es un fenómeno de aparición reciente en España. A partir de la descripción de los primeros casos de SIDA en el año 1986, surge un interés en los medios de comunicación de masas por las noticias relacionadas con la salud. El juicio por el envenenamiento masivo por aceite de colza contribuye a consolidar una tendencia creciente a informar sobre temas sanitarios de forma cotidiana. En la actualidad, tal y como indican los resultados del Informe Quiral realizado por el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra, las noticias sobre temas de salud aparecen a diario con mayor frecuencia en los medios de comunicación de masas, incluyendo la existencia de programas o secciones específicas en temas sanitarios.

Los medios de comunicación de masas suelen reflejar de forma predominante tres tipos de información: problemas relacionados con la provisión de servicios sanitarios –listas de espera, errores médicos--, situaciones de crisis de la salud pública –legionelosis, encefalopatía espongiiforme bovina— y nuevos descubrimientos o posibilidades de avance científico –genoma humano--. Esta situación refleja el grado de especialización de los medios de comunicación en **lo excepcional** más

que en lo habitual. Lo excepcional, a su vez, es un reflejo de una historia de vida o de la posibilidad de avanzar hacia el cada vez más cercano mundo feliz huxleyano más que los resultados del trabajo diario de la PM.

El riesgo de la aproximación excepcional se origina cuando su impacto en la opinión pública determina la adopción de decisiones que tienden a distorsionar cuantitativamente la magnitud del problema o las aplicaciones reales de un descubrimiento. En este sentido, la dinámica de los medios de comunicación tiende a considerar como información aquello que estadísticamente puede no ser relevante y que suele reflejar más **el lado humano** de la noticia que la probabilidad de que esta se produzca. De esta manera los riesgos de la encefalopatía espongiiforme bovina se transmiten, y de hecho se perciben, como mayores que los asociados al tabaco o a los accidentes de tráfico, y los beneficios presumibles de la investigación en genoma humano parecen ser mucho mayores que los de la cirugía mayor ambulatoria o los del tratamiento de la enfermedad coronaria. La **distorsión probabilística** de los riesgos y beneficios potenciales de las actividades relacionadas con la salud es uno de los atributos de la noticia médica.

La situación expuesta se complica aún más con la reciente tendencia a la universalización de contenidos sanitarios no acreditados según criterios científicos a través de Internet. Existe suficiente evidencia sobre

la baja calidad científica de tales contenidos y la existencia de conflictos de intereses en su distribución por Internet (Biermann y cols. 1999; Griffiths y Christensen 2000). La posibilidad de convertir la **información en vehículo de transacción económica** dentro de estrategias de comercio electrónico orientadas al consumidor (B2C) promueve su difusión y comercialización en la Red. Iniciativas como las de Health on the Net, el sistema de acreditación del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona y Discern surgen como respuesta a la necesidad de atajar la inflación de contenidos tendenciosos y de baja calidad accesibles de forma universal y de promover estrategias de auto-regulación en la difusión de contenidos relacionados con los temas de salud. En este sentido, y dada la importancia del problema de la sobredosis de información, se ha sugerido la necesidad de desarrollar partenariados orientados a definir un uso más apropiado de las posibilidades ofrecidas por Internet (Jadad 1999).

El hecho de que la selección y el nivel de impacto de la noticia en los medios de comunicación de masas pueda determinar agendas políticas de investigación y de planificación sanitaria es una de las tendencias a considerar en el análisis del futuro de la PM. La promoción de posibles **asociaciones o partenariados** entre los responsables de los medios de comunicación de masas y los responsables de la PM, así como la implicación de la PM en la provisión y evaluación crítica de los contenidos de información sanitaria pueden contribuir a mejorar la comunicación entre las profesiones periodística y médica. A ello habría

que asociar el desarrollo de **estándares éticos de calidad** en el abordaje de la información sanitaria con el objeto de promover una comunicación socialmente responsable hacia la opinión pública. Finalmente, una posible alternativa complementaria surge de la participación activa de la PM en la **construcción social** de una opinión pública más formada en temas médicos y, por lo tanto, con una mayor capacidad crítica en la lectura e interpretación de los contenidos de salud.⁷

El hecho de que la información sanitaria haya pasado de estar restringida a foros profesionales –sesiones clínicas, congresos y revistas biomédicas— a ser accesible para cualquier persona sin tener que existir una reinterpretación y una evaluación crítica previa de la misma, constituye el mayor impacto de la transición mediática. La difusión de la información de forma gratuita en tiempo real a través de Internet dificulta llevar a cabo un control apropiado sobre la calidad de la misma.

Además, la naturaleza de la actividad periodística tiende a resaltar el lado más excepcional que el habitual de la noticia, muchas veces sin la posibilidad de contrastar la veracidad de la misma. A todo ello se une, a veces, la necesidad que tienen las corporaciones sanitarias y los profesionales de la medicina por presentar y promover una visión de la

⁷ Una reflexión sobre el nuevo modelo de usuario informado de la sanidad puede encontrarse en: Jovell AJ. El usuario informado. Revista de la Sociedad Española de Atención a los Usuarios de la Sanidad 1999

noticia que refleja mejor intereses personales o institucionales específicos que los de la sociedad.

Transición Judicial

Una nueva forma de transición que viene motivada por la mayor exposición y vigilancia pública de lo relacionado con la salud y por los conflictos de intereses relativos a los temas sanitarios es la transición judicial. La tendencia a una mayor revisión judicial de la práctica profesional podría ir en aumento en nuestro país imitando lo ocurrido en otros países. La publicidad de las situaciones médicas sujetas a efectos indeseables o a error, la naturaleza incierta del acto médico, la posibilidad de obtener un beneficio lucrativo de la denuncia, y el secreto corporativo que tiende a ocultar el error médico son, entre otros, los principales motivos que promueven un **aumento de la litigación** por malpraxis. El hecho de que los jueces estén acostumbrados a centrar su juicio y a basar su pericia en casos individuales más que en la valoración probabilística poblacional, así como la escasa preparación de los mismos en interpretar las complejidades de la intervención médica obliga a promover desde la PM asociaciones o **partenariados con la judicatura**.

El objetivo de estos partenariados entre la PM y la judicatura es el de facilitar la independencia y la calidad técnica de los peritajes judiciales, así como la especialización de los jueces en temas médicos. En esto

sentido, la PM tendría que liderar esta asociación con los jueces ofreciéndoles formación especializada, mecanismos que garanticen la independencia pericial y el desarrollo de instrumentos de salvaguarda, como son las guías de práctica clínica. Además, un incremento de la **capacidad comunicativa** de la PM hacia los pacientes y una mayor **transparencia** de los procesos de manejo clínico contribuirían a reducir la tendencia a la litigación. A ello también podría contribuir la **admisión inmediata** de los errores cuando estos se han producido evitando los tradicionales códigos de silencio más propios de una práctica médica ocultista que de un ejercicio responsable de la profesión.

La PM tendría que hacer un esfuerzo pedagógico para explicar a la sociedad el rol del profesional como **gestor de riesgos** y, por lo tanto, la posibilidad de que aparezcan consecuencias no deseables atribuibles a la naturaleza incierta de muchas de las decisiones médicas. Este esfuerzo pedagógico podría vehiculizarse dentro de la relación médico-paciente y a través de la aplicación razonable de las estrategias de información basadas en los consentimientos informados. Estos consentimientos informados tendrían que presentar de forma inteligible las diferentes **relaciones riesgo-beneficio** asociadas a la actividad médica a adoptar. Todo ello debería evitar la instauración de mecanismos de prevención de la litigación que condujeran al establecimiento de estrategias de medicina defensiva, que se traducen en una pérdida de la calidad y de la eficiencia del acto médico.

La transición judicial es una de las más inciertas de valorar debido a las aún escasas demandas legales que se han producido en el campo de la sanidad en España. A pesar de ello, la tendencia creciente a la judicialización de la práctica médica que se ha producido en otros países, el elevado coste de las pólizas de seguro de responsabilidad civil, el impacto mediático de la denuncia, la aparición de un usuario más exigente, y la complejidad y naturaleza incierta de la medicina alertan sobre un posible incremento de la litigación asociada al acto sanitario. Esta situación se hace más compleja en un contexto de ocultación del error médico o de escasa preparación para situar las consecuencias de un acto médico en un ámbito probabilístico y en una relación riesgo-beneficio. Todo ello puede condicionar la adopción de un patrón de actuación propio de la medicina defensiva, en el que puede aumentar el riesgo de yatrogenia y disminuir la calidad del acto médico.

Transición Política

Otra de las características de la sanidad es la adquisición por parte de los Estados de **la función de intermediarios** y, por lo tanto, de agencia en los procesos relacionados con la protección de la salud colectiva e individual. A ello se une el creciente impacto de la salud en la agenda política. Este impacto aparece asociado a tres factores relacionados

entre sí: la importancia de la salud en los medios de comunicación,⁸ la sostenibilidad financiera de la sanidad en el contexto del Estado del Bienestar, y el descubrimiento por parte de la clase política de que los temas sanitarios sensibilizan a los ciudadanos y, por lo tanto, pueden ser objeto de valoración electoral prioritaria. Este fenómeno de “**descubrimiento político de la sanidad**” es relativamente nuevo, ya que los temas de salud han estado ausentes durante muchos años del debate político. (Shock 1994) Así, en los Estados Unidos no fue tema de primer nivel de discusión electoral hasta las elecciones de 1989 en que se enfrentaron Bush y Clinton.

El siglo XX se ha distinguido por la participación activa de los Estados en el control de los procesos de financiación y provisión de los servicios sanitarios en la mayor parte de los países industrializados. La penetración del Estado en la gestión de la sanidad ha estado unida al desarrollo del Estado del bienestar. De esta forma la salud, ha sido objetivo prioritario de las políticas sociales orientadas a proteger a los individuos y a la población. Estas políticas se han ido desarrollando mediante el diseño de un conjunto de dispositivos asistenciales que han ido abarcando desde la prevención hasta la paliación de la enfermedad. El nivel de implicación de los Estados ha ido en aumento hasta alcanzar el grado de **autoridad única** en política sanitaria. Esta condición ha supuesto en la mayoría de los países el diseño de una política sanitaria que

⁸ Temas estrellas de los noticiarios televisivos en enero de 2001 fueron: el síndrome de las vacas locas, la legionella, la leucemia atribuible al uranio empobrecido y las consecuencias potenciales para la salud del submarino *Tireless*.
(*footnote continued*)

garantiza, por un lado, el acceso universal gratuito e individual a un conjunto amplio de prestaciones y, por el otro, el desarrollo de estrategias destinadas a la protección de la salud de la población. Con el objeto de cumplir sus cometidos el Estado del bienestar controla la financiación de la sanidad a partir de las contribuciones impositivas de los ciudadanos, y es propietario de gran parte de las corporaciones que proveen servicios de asistencia sanitaria. Asimismo, se encarga de las actividades de regulación, investigación y protección medioambiental. Este hecho determina a los Estados como el gran empleador de los profesionales de la medicina.

Las consecuencias del cambio social descrito en los subapartados anteriores de este informe han puesto de manifiesto la **crisis del Estado del bienestar** para garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios modernos y ha limitado la capacidad de respuesta efectiva de los mismos. Ante esta situación de crisis, se ha producido en los últimos 20 años un fenómeno de auge de las reformas sanitarias. Este concepto de reforma ha implicado en mayor o menor medida cambios en la estructura y en los procesos de provisión de servicios, basados fundamentalmente en estrategias de ensayo y error que han producido resultados dispares. Ejemplos de este tipo de políticas de cambio estructural incluyen la introducción de mecanismos de mercado en la provisión de servicios, bien sea mediante la creación de mercados internos o la instauración de mecanismos de competencia pública, la promoción de la atención gestionada o *managed care*, la adopción de estructuras mixtas entre

esa última opción y el modo de pago por acto o por servicio, y la búsqueda de la complementariedad del sistema privado en la provisión de servicios específicos mediante su contratación directa o indirecta por el sistema público.

El objetivo de las diferentes propuestas de reforma en los países industrializados ha sido el de garantizar la cobertura universal de un conjunto mínimo de servicios, sin que el aumento producido en el gasto sanitario se traduzca en una pérdida global de bienestar. Sin embargo, este concepto de reforma aparece más como un **fenómeno de tipo mediático o electoralista**, que intenta publicitar políticas de intervención puntuales en un sistema, que tal y como se ha podido comprobar en la descripción de las transiciones sanitarias, destaca más por su dinamismo que por su estaticismo. Este dinamismo permite calificar las reformas sanitarias de los países industrializados más como un fenómeno mitificado e interesado con voluntad electoralista que como un proceso de cambio real. Por otro lado, la mayor parte de las reformas sanitarias pretenden cambiar de forma implícita a los profesionales y lo que suele ocurrir es que éstos adaptan los cambios propuestos por las reformas a sus intereses. En todo caso y con independencia de las valoraciones que se puedan hacer, los anuncios de reforma surgen muchas veces de la necesidad de responder a un problema específico en un contexto de presión social desde la opinión pública o bien dentro de un proceso globalizador que afecta a varios países.

El aura del cambio social ha contribuido a poner de manifiesto la incapacidad e imposibilidad del denominado Estado del bienestar para atender todas las demandas de los ciudadanos. Este teórico fracaso de los sistemas sociales en proveer los servicios esperados es atribuible a dos grandes grupos de factores. El primer grupo de factores estaría asociado a las consecuencias del progreso técnico y social que ha conducido a los cambios promovidos por las transiciones sanitarias antes mencionados. La **denominada crisis de los sistemas sanitarios** podría interpretarse como una crisis de éxito. El problema no estaría en la escasez de recursos “per se” sino en el **exceso de posibilidades** asociado al progreso social y a la aparición o generación de nuevas necesidades. De esta manera, la irónica contradicción entre poder acceder a más posibilidades y disponer de menos recursos para conseguir acceder a las mismas, constituiría el origen de la crisis de los sistemas sanitarios modernos. Aumento de posibilidades, incremento de costes y accesibilidad limitada y racionada constituirían la combinación de elementos que determinarían la crisis de los sistemas sanitarios modernos.

A este concepto de crisis secundaria al progreso, habría que asociar un segundo grupo de factores que pondrían de manifiesto la **incapacidad de los modelos de gestión** actuales para prever y manejar esta situación de insostenibilidad financiera. En este sentido el devenir de los sistemas sanitarios refleja el esquema de triple crisis del capitalismo tardío: económica, de racionalidad y de legitimación (Habermas 1973). A pesar de las dificultades existentes, el modelo sanitario actual sigue transmitiendo hacia la ciudadanía la

existencia, y persistencia, del denominado **modelo del sistema sanitario ideal** cuyos objetivos teóricos serían (Jovell 1995a):

- 1) Ofrecer a toda la ciudadanía una atención sanitaria en igualdad de condiciones y para necesidades iguales con independencia de su nivel de renta y su capacidad de pago.

- 2) Responder de forma adecuada y justa a la demanda ilimitada de una atención sanitaria efectiva, eficiente y equitativa, respetando la libertad de elección del usuario y garantizando su protección frente a situaciones de riesgo o catástrofe financiera asociadas a un problema de salud.

Las características sociológicas que definen el modelo de sistema sanitario ideal promocionan el denominado riesgo moral o en otras palabras, la presencia de los conocidos como usuarios “*free-riders*” de la sanidad. El **riesgo moral**, al igual que los procesos de selección adversa, pone de manifiesto los dilemas éticos impuestos por el modelo del sistema sanitario ideal. La imposibilidad de seguir manteniendo este sistema conlleva la existencia de desigualdades y del denominado racionamiento implícito en la distribución de los recursos sanitarios. A su vez, obliga a los Estados a adoptar principios de **racionalidad moral** en la toma de decisiones sanitarias, con el objeto de evitar procesos de discriminación negativa en la distribución de recursos públicos. Las consecuencias del sistema sanitario ideal repercuten de forma directa en el ejercicio de la PM.

Las mejoras en la educación y en el acceso universal, gratuito, cómodo e inmediato a la información sanitaria están promoviendo la transición hacia un **modelo de usuario informado** (Jovell 1999b). A ello se ha unido un discurso político cada vez más orientado a reconocer el papel central del ciudadano en la toma de decisiones colectivas e individuales mediante las estrategias de **capacitación de los consumidores** o *consumer empowerment*. La consulta a los usuarios en los procesos de determinación de prioridades de financiación de la investigación en el National Health Service británico, la implicación de los ciudadanos en los procesos de racionamiento en el Estado de Oregón, en los países escandinavos o en Nueva Zelanda, y el diseño de un servicio de MEDLINE para los ciudadanos –MEDLINE Plus— en los Estados Unidos son ejemplos de la promoción de la participación activa de los consumidores en la gestión de la sanidad. Paralelamente, a este proceso de consumerismo se produce el ya mencionado **fenómeno de desintermediación**, por el cual las personas delegan en terceras instituciones, bien sean grupos de auto-ayuda, organizaciones sin ánimo de lucro o asociaciones de usuarios, su representación y capacidad de negociación ante las autoridades sanitarias y los médicos.

La situación actual condiciona también la transición política de los gobiernos desde el inviable modelo sanitario ideal hacia un nuevo modelo de **sistema sanitario más racional**, que promueva la participación de los diferentes agentes sanitarios y la justificación de la acción responsable o *accountability* gubernamental. Esta racionalidad tiene una dimensión ética o racionalidad moral, ya que es la razón la que debería contribuir a definir y dar significado

operativo a la noción de sistema sanitario justo. Esta definición es importante, ya que el concepto de justicia, al igual que el de bondad o benevolencia, puede ser interpretado de forma diferentes por los distintos miembros de la sociedad. El hecho de vivir en un contexto social que tiene entre sus virtudes la existencia de un sistema plural de valores determina el reconocimiento de que hay intereses individuales que entran en conflicto entre sí y con los intereses de otros. Ello condiciona la necesidad de definir un conjunto de principios que guíen un **modelo explícito de contrato social** que, desde la cohesión social, permita la toma de decisiones racionales evitando el riesgo de **relativismo o indiferencia moral** ante una distribución injusta de los recursos sanitarios.

El contrato social permite transformar el modelo actual de Estado del bienestar hacia un modelo de **Sociedad del bienestar** (Jovell 1995b). El concepto de contrato social consiste en la definición de los principios que definen el conjunto de valores éticos básicos de la sociedad. Estos principios gobernarían las expectativas de la sociedad y de las profesiones sanitarias sobre la naturaleza, el contenido y de la relación que establecen los agentes sanitarios, así como de los procesos de provisión de servicios sanitarios y como se ha de actuar ante acontecimientos imprevistos. Estos principios constituirían la expresión de la voluntad moral de la sociedad y deberían delimitar los derechos y las obligaciones de la ciudadanía, así como anticipar los mecanismos de actuación antes contextos y situaciones de cambio.

Los principios del contrato social expresarían y ordenarían los valores de la ciudadanía respecto a las decisiones relativas a la determinación de prioridades en sanidad. Un **contrato social para la sanidad** debería tener en cuenta los principios de solidaridad intrageneracional e intergeneracional, subsidiariedad pública y privada, igualdad, y responsabilidad colectiva e individual tanto de los profesionales como de los ciudadanos (Jovell 1995a). En otras palabras, el contrato social es una expresión de la solidaridad y subsidiariedad desde un postulado de compromiso y responsabilidad social.

El contrato social surge de la negociación de los conflictos morales asociados a la diversidad de valores de los agentes sociales, sin tener por ello que menoscabar la cohesión social sino que favoreciéndola. Esta situación ofrece la oportunidad a los gobiernos para liderar y organizar, desde la representación social otorgada por el proceso electoral, el compromiso colectivo hacia una negociaciones en torno al desarrollo de los principios que configuran el contrato social. La adopción de este rol de agente promotor de la deliberación democrática determina el ejercicio de un **gobierno cívico**, cuya misión sería liderar los procesos que promovieran una sanidad más justa para los ciudadanos a los que representa (Jovell 2001). Ello supone situar los intereses de los ciudadanos por delante de los electorales. Entre las primeras funciones del gobierno cívico estaría la de promover la consecución de una definición socialmente responsable de los conceptos de necesidad sanitaria y determinar el contenido de los derechos sanitarios. El gobierno cívico supondría promover

una mejor y mayor capacitación de los funcionarios al servicio de los ciudadanos dentro del concepto de *government empowerment*.

El concepto de **necesidad** resulta cada vez más importante en la gestión de unos sistemas sanitarios en los que el aumento de posibilidades correlaciona inversamente con la disponibilidad de recursos. Una definición común de necesidad permite establecer políticas sanitarias que garanticen una equitativa distribución de recursos de efectividad probada. En este sentido, se podría formular una definición de la política sanitaria basada en la satisfacción de necesidades básicas (Daniels 1985). En esta definición de necesidad básica es importante que se implique de forma activa a la PM, ya que son los médicos los que acaban determinando quién, cuándo y que tipo de necesidad se tiene que atender. Por otro lado, en los temas de salud las preferencias de los pacientes y de los profesionales también pueden expresarse como necesidades, lo que dificulta muchas veces la delimitación entre necesidad, deseo y demanda. En este nivel de delimitación también es importante que se implique a la PM, ya que parte de las demandas que realizan los usuarios vienen condicionadas por la disponibilidad de una oferta de servicios más que por la existencia de una necesidad verdadera. Esta oferta está promovida muchas veces por los propios profesionales, dada su tendencia a preferir las tecnologías sanitarias más modernas que, a su vez, resultan ser las más caras. Es por eso que la implicación de la PM debería orientarse no sólo hacia la utilización de “lo nuevo” sino al diagnóstico de necesidades individuales y poblacionales básicas que no están atendidas de forma apropiada.

Un segundo nivel de deliberación, después de definir el concepto de necesidad sanitaria, se centraría en torno a la definición de los **derechos sanitarios**. El abordaje de los derechos supone distinguir entre los derechos sociales y los individuales, por un lado, y el derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria, por el otro lado. Los derechos son constructos sociales fundamentados en los valores de la comunidad, por lo que la definición de los mismos debería consensuarse dentro de los principios que guían el contrato social. Los derechos individuales se adquieren como parte de los derechos sociales. Los derechos a la salud y a la asistencia sanitaria aunque están relacionados entre sí mantienen diferencias importantes. Así, la salud es un bien individual que está determinado por factores personales y por el contexto social. Los gobiernos pueden garantizar la oferta de unos servicios de salud pública y de asistencia sanitaria individual que permita la prevención de la enfermedad y la restauración de la salud, pero no están en condiciones de asegurar que las personas harán un uso apropiado de los mismos.

El **derecho a la salud** también implica la obligación de los individuos en adoptar las conductas apropiadas para preservarla. El principio de autonomía de las personas puede llevarles a asumir comportamientos arriesgados para su salud sin que el Estado deba intervenir en aras al respeto a las libertades civiles. En este sentido, surge una necesidad de deliberar desde la racionalidad moral sobre como se ha de actuar cuando esos comportamientos arriesgados ponen en peligro la salud de terceros o imponen cargas económicas evitables al conjunto de la sociedad. Esta situación puede generar un cierto conflicto entre ambos derechos: a la salud y a la asistencia sanitaria.

Es por ello, que se precisa una definición social del derecho a la salud que delimite el contenido del mismo sin que se confunda con un imposible derecho a la felicidad. Por otro lado, **el derecho a la asistencia sanitaria** debería promover el acceso en igualdad de oportunidades a una asistencia sanitaria efectiva y socialmente sostenible. Este derecho tendría que complementar la garantía de acceso con la provisión de una atención sanitaria de calidad. A su vez, se deberían establecer los mecanismos de discriminación positiva que permitieran corregir las desigualdades.

Los valores asociados en la actualidad a las decisiones políticas plantean una reforma del Estado del bienestar que promueve una equidad más racional en la distribución de los recursos públicos, una mejora de la eficiencia en su gestión y un incremento de la participación de la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones. La tensión entre equidad, calidad, exceso de posibilidades y recursos limitados no sólo afecta a la sanidad y a las decisiones que toman la PM, sino lo hace también a otras áreas de la economía social. Por esta razón, en la situación actual resulta necesario deliberar sobre cuál es el **modelo de sistema sanitario sostenible**. El modelo de contrato social constituye, tal y como se aborda en el suabpartado de la transición ética, un buen punto de partida para redefinir las relaciones entre medicina y sociedad en el contexto actual de cambio social. Desde esta perspectiva, los gobiernos deberían reemplazar las estrategias de control social de la PM por políticas de **capacitación profesional** o *empowerment* como respuesta al reconocimiento y al valor social elevado que tiene la

práctica de la medicina. Los médicos constituyen el eslabón final de la cadena que une a los servicios médicos y a las políticas sanitarias con los pacientes. Esta situación les permite ejercer una gran influencia sobre los pacientes desde la posición de agente principal del sistema. Es por ello que se tendría que determinar cuál podría ser el rol de la PM en la ejecución de los procesos de deliberación democrática que centrarían las bases para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Esta tendencia hacia una mayor apertura a la implicación de otros agentes sanitarios en la gestión de la sanidad no debe ocultar el posible riesgo de transferir responsabilidades y de compartir el estatus de autoridad única con otros agentes, y sobre todo con la ciudadanía. Este proceso de delegación de funciones o de **devolución de la sanidad** a otros agentes sociales vendría promovido por las dificultades electorales ocasionadas por la complejidad y la publicidad de las decisiones sanitarias. En este sentido, la propuesta de alianzas de usuarios incluida en la denominada reforma Clinton y la constante realización de encuestas de opinión a la población sobre temas sanitarios constituyen ejemplos de esa tendencia a compartir y socializar los procesos de decisiones sanitarias.

En el itinerario entre apropiación y devolución de la sanidad habría sitio para dos alternativas bien diferentes. La primera de ella sería la de la **involución**, por la que los gobiernos responden a los cambios del

entorno sanitario mediante un sistema complejo y burocrático que no sólo provoca la tardanza en el proceso de toma de decisiones, sino su parálisis. La involución va asociada a un proceso de toma de decisiones implícito que no reconoce y confronta de forma pública los problemas de sostenibilidad financiera del sistema sanitario. La segunda alternativa es la de **evolución** y se describe a lo largo de este subapartado (Jovell 2001).

La transición desde la apropiación absoluta a la devolución de la autoridad sanitaria por parte de los Estados conlleva su ubicación en una situación intermedia. En esta ubicación el Estado ejerce el poder simultáneamente desde posiciones autoritarias y de decisiones compartidas con otros agentes sanitarios. Ello supone actuar según criterios de racionalidad explícita y de forma implícita al mismo tiempo según quién y en qué se decida. En este sentido, el reemplazo de criterios técnicos por otros más políticos en la gestión de la sanidad ha supuesto priorizar la búsqueda de la rentabilidad política de las decisiones sanitarias. Las políticas cercanas a la **teoría de la devolución** supondrían en este estadio intermedio la adopción de un modelo de sistema sanitario más próximo a los sistemas alemán o canadiense. Así, el Estado garantizaría la financiación de un conjunto de prestaciones básicas universales, a modo de cartera de servicios, negociarían costes y cedería la gestión y provisión asistencial al mercado. Un modelo de devolución también podría ser aquel que cede la gestión y determinación de prioridades de investigación a los

investigadores, y la de formación a otros agentes sanitarios. En este sentido, sorprende el hecho de que los gobiernos no capitalicen de forma más exitosa el progreso atribuible a la sanidad.

El modelo de **evolución** promovería una gestión política compartida basada en los principios del contrato social. Este modelo requeriría la existencia de un gobierno centralizado que promoviera una visión unitaria del sistema según los principios del contrato social antes descrito y que podría suponer la desconstrucción o destrucción creativa de las estructuras sanitarias vigentes en la actualidad. El Estado se reservaría el liderazgo del sistema, la definición de una estrategia global, la determinación del presupuesto disponible, el arbitraje en caso de conflictos y la condición de autoridad única en caso de crisis.

Los sistemas sanitarios se organizarían en torno a **redes de gestión** en las que se promoverían las asociaciones o partenariados con los diferentes agentes sociales y, por ende, grupos de presión, lo que determinaría su implicación en la gestión global del sistema. La gestión directa del acto sanitario se delegaría a la periferia de la red, lugar donde tiene lugar la relación médico-paciente y en el que se producen el mayor número de decisiones sanitarias. Es dentro de esta relación donde la decisión sanitaria genera y produce su mayor valor, por lo que la descentralización de la misma permitiría garantizar su mayor efectividad. En este sentido, se reconocería a la PM como agente principal de la

relación sistema-individuo, lo que la convertiría en el centro de producción y transmisión de máximo valor médico.

El proceso de oscilación entre centro –política-- y periferia –encuentro médico-- precisa para una buena coordinación la determinación de un **número óptimo de reglas básicas de sistema**. Estas reflejarían de forma explícita los principios del contrato social y permitirían una interpretación común del proceso de descentralización desde gobierno central a acción local. Así, los principios de solidaridad y subsidiariedad garantizarían la provisión de unos servicios mínimos definidos según la regla de necesidad básica. Además este nivel asistencial se ofrecería en igualdad de condiciones según los principios de igualdad y de responsabilidad. Ello supondría aplicar las reglas de equidad y de efectividad en el acceso y la utilización de unos servicios definidos según criterios de necesidad y medidos por estándares de calidad. Los principios expuestos también determinan la promoción del concepto de comunidad, por el que cualquier decisión promovida desde gobierno central deberá ser gobernada a nivel local por los agentes sociales, entre los que destacan los profesionales de la medicina.

Finalmente, el principio de responsabilidad también incluiría **la regla de la justificación de la acción responsable**, por la que el sistema sanitario recogería indicadores de calidad y promovería su difusión desde y hacia la periferia, así como garantizaría la transparencia en los

procesos de decisión a nivel global y local. El acceso en igualdad de condiciones también debería garantizarse a la información generada por los servicios sanitarios.

La acción del gobierno central sería la de promover una visión unitaria que produjera una **distribución justa de recursos**. La adopción de un conjunto de reglas mínimas de funcionamiento garantizaría la racionalidad moral y transmitiría una sensación de justicia y de seguridad al conjunto de agentes sanitarios. Además, favorecería las economías de escala en el desarrollo de actividades e infraestructuras de apoyo, como por ejemplo las relacionadas con la gestión del conocimiento. En este sentido los gobiernos deberían liderar posiciones proactivas y anticipatorias en una actitud constructora de políticas sanitarias *–policymaking–* en lugar de adoptar las clásicas actitudes reactivas y defensivas frente a problemas y presiones específicas. Esta actitud proactiva y anticipatoria definiría un modelo de sistema en evolución y el ejercicio de un **gobierno cívico** (Jovell 2001).

A nivel local, la acción se desarrollaría desde una perspectiva comunitaria en las denominadas **comunidades de decisión**. La PM de común acuerdo con otros agentes sociales implementaría el conjunto de reglas mínimas basadas en los principios del contrato social. De esta forma, con el objetivo de generar el máximo de valor en el encuentro médico-paciente, se deberían determinar los procesos de distribución de

recursos, la estructura organizativa de la provisión de servicios, la determinación de prioridades, los tiempos y condiciones de espera y las excepciones a las reglas procedentes del gobierno central. Las comunidades tendrían un presupuesto fijo y conservarían la capacidad de consensuar de forma abierta y transparente como distribuyen estos recursos y que sacrificios están dispuestos a hacer con tal de atender demandas locales específicas que no responden a las reglas básicas, como por ejemplo las de acceder a tratamientos experimentales. Asimismo, las comunidades se guiarían por la regla de la acción responsable, lo que les obligaría a informar a la comunidad y a gobierno central de cómo se distribuyen los recursos y de que resultados están obteniendo.

El correcto funcionamiento de un sistema en evolución pasa por un acuerdo previo sobre los principios del contrato social y la elaboración y aceptación de un conjunto de regla mínimas entendibles. Además, la comunicación entre gobierno central y periferia tendría que ser en ambos sentidos rápida y basada en la **confianza mutua**. En este sentido, la función de la PM desde la periferia es liderar los procesos que allí tienen lugar, dar ideas y asumir responsabilidades. Hay que tener en cuenta que un proceso de coordinación con múltiples intermediarios aumenta los costes de transacción, disminuye la eficacia de las decisiones y, por lo tanto, destruye el valor que se puede proveer al final de la cadena de atención sanitaria. Finalmente, el modelo en evolución pasa por la asunción de los principios del contrato social por

todos los agentes sanitarios y por obligar a los grupos de presión a entender que la sanidad es algo más que la causa que defienden.

El hecho de que la **agenda de decisiones políticas** esté determinada por la cercanía de una elección, los intereses de los grupos de presión o la respuesta al día a día de los medios de comunicación aumenta la complejidad de un proceso de toma de decisiones racionales. La tentación del electoralismo supone tomar decisiones que responden más a presiones coyunturales de la opinión pública o de grupos de presión específicos que a estrategias de planificación a largo plazo. Entre estos grupos de presión se distinguen la PM, la industria, los investigadores, los pacientes y la opinión pública. Ello genera un conflicto moral entre la responsabilidad social y el interés político

La superación de la tentación por parte de los políticos de los efectos indeseables del electoralismo y de la, cada vez más frecuente, presión de los grupos de interés surgidos del proceso de desintermediación sólo será posible si promueven asociaciones o partenariados con los diferentes agentes sanitarios. Ello supone una tecnificación, y por lo tanto despolitización, de la decisión política y la asunción del liderazgo de los procesos de racionalidad moral. La simultaneidad no razonada de procesos de toma de decisiones explícitos e implícitos contribuye a menoscabar la legitimidad social de los gobiernos en la gestión de la sanidad. Por otro lado, la necesidad ineludible de **racionar el exceso de**

posibilidades y, por ende, la abundancia situaría a los gobiernos y a los profesionales de la medicina en una situación de privilegio para liderar conjuntamente los procesos de determinación explícita de prioridades sanitarias. Estos procesos liderados por los colegios profesionales y los gobiernos deberían situarse dentro de las asociaciones o partenariados con otros agentes sanitarios: usuarios, pacientes o industria. La no asunción de esas responsabilidades supone la gestión de un sistema sanitario anómico y el riesgo de una posible devolución de la autoridad moral a los otros agentes sanitarios.

En esta situación intermedia entre la apropiación y la devolución de la sanidad, existen gobiernos que han reaccionado a las presiones sociales mediante la instauración de **nuevos mecanismos de gestión clínica** que implican, por un lado, la centralización de la autoridad moral y, por el otro, la delegación de la gestión local. El ejemplo más conocido de esta estrategia los constituye el National Health Service Británico con la implantación del National Institute for Clinical Excellence, el National Institute for Clinical Assessment y la nueva estrategia de investigación del National Health Service, como modelo centralizado, y la promoción de las estrategias de gestión local o de *clinical governance* en su extensión al ejercicio profesional.⁹ El regreso a la consideración de la sanidad como un fenómeno de tipo clínico más que político constituye una novedad dentro de estas estrategias gubernamentales y la valoración de

las mismas no podrán realizarse hasta que se publiquen los primeros resultados de tales experiencias. De todas formas, se debería evitar que este tipo de iniciativas obviaran la contribución de los profesionales de la medicina que son los que tienen el contacto diario con los pacientes.

En la constitución de iniciativas gubernamentales de evaluación se debería valorar hasta que punto tales agencias reflejan en su gobierno a los múltiples agentes que participan en el proceso de decisiones.¹⁰ Este tipo de estructura compartida de gobierno podría otorgarles una mayor garantía de independencia en la naturaleza de sus recomendaciones, así como de deliberación previa de las mismas. En este sentido quizá se debería promover la constitución de **consejos sociales** como órganos de gobierno de las instituciones sanitarias formados por personas con capacidad de liderazgo y prestigio técnico que fueran capaces de trasladar a nivel local los procesos de deliberación en torno a los principios del contrato social. Estos consejos sociales deberían contar con la implicación de los grupos de presión surgidos de los procesos de desintermediación.

⁹ Una aproximación a la estrategia *declinical governance* aparece descrita en un próximo informe para la FUNDSIS titulado: Gestión del conocimiento en atención primaria.

¹⁰ Este concepto está desarrollado por Victor Fuchs en un *American Economic Review* de enero de 1998.

La contribución de los gobiernos a la gestión de la transición política es una tarea compleja debido a las limitaciones inherentes al **síndrome de fascinación tecnológica** que padece la sociedad actual. La fe en la ciencia y la **veneración por el progreso ilimitado** y sus posibles beneficios condiciona cualquier intervención orientada a determinar prioridades en la distribución de los recursos sanitarios disponibles. En este contexto social de abundancia de posibilidades y de ideas resulta difícil establecer criterios de determinación de prioridades. Los diferentes Estados que han iniciado procesos abiertos de determinación de prioridades no han conseguido encontrar con un método que no sea cuestionado (Honigsbaum y cols.1995). Los fenómenos expuestos en la transición tecnológica dificultan cualquier proceso de gestión racional de los sistemas sanitarios. De esta forma, el concepto de contrato social también determina la constitución de asociaciones con la PM que **gestionen las elevadas expectativas sociales** que existen en torno al progreso científico y sus consecuencias. Ello supone, tal y como se aborda a lo largo de este informe, una **gestión de los valores** y una redefinición de los compromisos de los gobiernos y de la PM con la justicia social.

Desde una perspectiva de racionalidad moral se deberían plantear de forma abierta y transparente cuestiones relacionadas con la **equidad** y la **efectividad** de las nuevas tecnologías. Una sociedad justa debería ser capaz de responder si todos los ciudadanos podrán o no beneficiarse de las potencialidades de la nueva tecnología, sobre todo

cuando esta, como en el caso del genoma humano, tiene un coste de oportunidad tan elevado en el consumo de recursos actuales (Jovell 1999a). Así, no deja de ser paradójico que en una sociedad en la que existen listas de espera en la provisión de tratamientos estandarizados a la población, como son las prótesis de articulaciones o las cataratas, se abra un debate sobre las posibilidades y bondades futuras de la ciencia para ofrecer tratamientos personalizados. Posiblemente, la mejor contribución de la política a esta cuestión sería plantear de forma abierta a la ciudadanía las limitaciones existentes para atender demandas ilimitadas y seguir los planteamientos del sistema sanitario ideal. Por otro lado, los gobernantes tendrían que resistir las tentaciones de los grupos de presión y responder desde la perspectiva social en el arbitraje de procesos de decisiones complejos. La actitud del gobierno británico ante el caso denominado Child B es un ejemplo de decisión no exenta de riesgo basada en criterios de racionalidad moral (Ham 1999).

A pesar de las iniciativas de reforma descritas en los últimos años, la verdadera reforma sanitaria, entendida ésta como proceso de ruptura y cambio, puede venir asociada a las transiciones sanitarias descritas en este capítulo. La instauración de los fenómenos demográficos, la transición epidemiológica, la existencia de una mayor masa crítica de ciudadanos, como consecuencia de la mejor educación recibida; la mundialización de la información y la economía, la revolución del conocimiento, el interés de los medios de comunicación por la información sanitaria, las innovaciones en tecnologías de la información y la comunicación y la colectivización de su utilización son factores que permiten

distinguir un antes y un después de los sistemas sanitarios modernos. En esta situación el rol de los gobiernos debería ser el de liderar los procesos de deliberación social mediante la promoción de un nuevo modelo de contrato social para la sanidad. En el mismo se deberían reconocer el **valor social de la PM** e implicar a los profesionales en la gestión de las expectativas y de los valores sociales con la finalidad de alcanzar un modelo de sistema sanitario sostenible.

Transición Ética

Las transiciones antes descritas han producido, y están produciendo, un cambio importante en el ejercicio de la PM. En este contexto, la reivindicación del **profesionalismo** aparece como eje central del **contrato social** entre medicina y sociedad (Cruess y cols. 2000) El profesionalismo está llamado a reemplazar al modelo más tradicional de contrato social basado en el Juramento Hipocrático. El modelo tradicional constituye un tipo de contrato implícito que determina el ejercicio **autónomo** de la medicina como una actividad altruista y de servicio social en torno a los **principios de beneficencia y de no maleficencia**. Tal y como describe Smith, el contrato social implica que la sociedad otorga a la PM un estatus y un reconocimiento especial, lo que incluye un salario más elevado que el de otras profesiones y el **poder auto-regularse** (Smith 1999). Como compensación a estos privilegios otorgados, la PM garantiza que se ofrecerán por parte de médicos competentes los mejores cuidados a los pacientes, con respeto

a los valores de dignidad humana y de preservación de la salud y de la vida.

El modelo hipocrático o tradicional de contrato social puede ser insuficiente para responder a los retos presentes y futuros que tienen que afrontar la PM, originados por las nuevas realidades sociales descritas con anterioridad en este informe. Esta situación plantea la necesidad de trabajar en la adopción de un **nuevo código de valores** que fundamente el profesionalismo y que, por lo tanto, permita responder con flexibilidad a las nuevas expectativas de la sociedad mediante un nuevo modelo de contrato social. Para ello convendría promover un estudio tanto de los valores en los que se fundamenta el ejercicio actual de la PM como de aquellos que mejor pueden responder a las nuevas demandas y necesidades de la sociedad.

Diferentes autores han abordado recientemente el tema del profesionalismo y su relación con los valores asociados al contrato social entre medicina y sociedad.^{11,12} Los elementos claves del **profesionalismo** tal y como han sido descrito por Cruess y cols. serían (Cruess y cols. 2000): 1) monopolio del conocimiento especializado,

¹¹ Dos hechos han marcado el inicio de este debate sobre el profesionalismo. El primero de ellos se sitúa en Gran Bretaña con la ocultación de una elevada incidencia de mortalidad post-cirugía cardíaca pediátrica en un hospital de Bristol. El segundo de ellos aparece con la introducción de la medicina gestionada o *managed care* en los Estados Unidos.

entendido como aquel al que no puede acceder con facilidad el ciudadano medio, 2) responsabilidad en la transmisión y enseñanza de dicho conocimiento, 3) aplicación del conocimiento al servicio de los individuos y de la sociedad de forma altruística, 4) elaboración de forma autónoma de estándares propios de práctica profesional y de criterios de auto-regulación como garantía de calidad asistencial, fundamentados en el monopolio y correcta utilización del conocimiento especializado y 5) responsabilidad profesional de promover la integridad y mejora del conocimiento a través de la investigación, así como de determinar los estándares que configuran una práctica profesional de calidad. A su vez los elementos centrales del profesionalismo determinan la adopción, por parte de la PM, de un conjunto de roles que la vinculan con los valores implícitos en el contrato social. Estos roles se describen en la segunda parte de este informe.

Pellegrino sitúa el tema del profesionalismo dentro de lo que denomina un **“ciclo de confusión moral”** que conllevaría una transición recíproca entre períodos de profesionalización y de desprofesionalización (Pellegrino 2000). Esta transición reflejaría el mayor o menor énfasis que se pone en los aspectos éticos de la profesión. La **desprofesionalización** vendría motivada por diferentes factores que conducen al relativismo ético y, por lo tanto, a la existencia de una crisis

¹² Una revisión extensa y documentada del profesionalismo puede encontrarse en el sitio web de las profesiones sanitarias: www.fdps.org.

de autoridad moral en los profesionales. Uno de los primeros factores estaría asociado con un déficit de **competencia profesional** y sus posibles consecuencias serían una calidad asistencial disminuida o unos resultados clínicos inapropiados. La existencia de errores médicos, las variaciones no justificables de la práctica clínica y los estilos de práctica profesional inadecuados constituirían ejemplos de una competencia profesional insuficiente.¹³ Un segundo factor vinculado a la crisis de la PM y relacionado con el déficit de competencia profesional sería la tendencia a la ocultación del error médico y, sobre todo, la indiferencia y tolerancia ante situaciones de práctica profesional que pueden ser mejoradas.

Un tercer factor asociado a la desprofesionalización es la regulación externa de la PM, bien sea desde el Estado o desde las corporaciones, que determina la preeminencia de los modelos burocrático o económico sobre el profesional. Como se ha comentado antes, uno de los privilegios otorgados a la PM dentro del contrato social es la posibilidad de **auto-regularse**, por lo que el control externo del ejercicio profesional puede contemplarse como una amenaza a la capacidad de determinar una normas propias de funcionamiento y evaluación. Esta amenaza se podría evidenciar en aquellas situaciones en las que el profesional se encuentra en la disyuntiva moral de tener que decidir entre atender los valores propios de la PM o los intereses de terceros, representados

¹³ Referido este último concepto al término anglosajón de *appropriateness*

estos últimos por las políticas de la organización que lo emplea. Un ejemplo de este dilema moral surge al tener que elegir entre decisiones médicas que favorecen el principio de autonomía versus aquellas que están orientadas a favorecer la contención de costes.

Un cuarto factor relacionado con los **conflictos morales de la PM** vendría determinada por la disyuntiva que tiene el profesional al tener que decidir entre atender intereses sociales o personales. En este caso el conflicto surge entre el cumplimiento del compromiso de servicio altruista a los intereses de la comunidad que se encuentran de forma implícita incluidos en el contrato social y la persecución de objetivos personales que entran en colisión con el interés de la sociedad. Así, el imperativo moral de la responsabilidad social puede verse distorsionado cuando se persiguen intereses personales relacionados con la actividad privada, la promoción investigadora o la notoriedad pública.

Los factores asociados a la desprofesionalización conducen a una crisis de estatus en la PM y, por lo tanto, a una pérdida de la autoridad moral en el proceso de toma de decisiones. Ello puede afectar **la legitimación social** de la PM como agente principal o de referencia del sistema sanitario. En este sentido, los períodos de crisis de la PM reflejan en cierta manera la existencia de un conflicto subyacente de valores. Esta crisis afecta a la competencia profesional, la capacidad de autorregulación, la definición de los estándares de calidad de la atención

sanitaria, la vocación de servicio altruista y la transparencia de las decisiones profesionales.

El estudio de los valores de la PM es importante en cuanto que éstos **condicionan los estilos de práctica y ejercicio profesional** y, a su vez, determinan la relación de la PM con la sociedad, la tecnología y los otros agentes sanitarios. El análisis de la transición ética debe tener en cuenta el estudio de los valores de la profesión en su relación con los cuatro niveles de aplicación: social, sistema sanitario, compañeros de PM y paciente individual. Un mayor conocimiento acerca de la **construcción social de los valores individuales y colectivos** de la PM debería permitir una mejor evaluación de los condicionantes del ejercicio profesional y de los conflictos morales subyacentes. También debería permitir el desarrollo de estrategias educativas destinadas a la consolidación de aquellos valores que permiten un mejor ejercicio de la PM y la reeducación de los que dificultan la adaptación profesional a los cambios producidos por las transiciones sanitarias. Asimismo, cada vez parece más importante la educación en los valores que fundamentan el profesionalismo dentro de las actividades de formación de los futuros médicos, tanto en el pregrado como en los programas de postgrado y residencia (Swick y cols. 1999; Ludmerer 1999).

El ejercicio de la PM implica tener que realizar una función de **agencia moral** al tener que basar las decisiones relacionadas con pacientes

individuales en juicios de valor que pueden tener múltiples implicaciones éticas. Así, el proceso de decisiones se puede enfrentar al dilema de tener que atender los valores propios del sistema frente a aquellos que protegen al paciente. Entre los valores del sistema destacan los relacionados con la protección de la salud pública, la equidad y la eficiencia. Entre los valores del paciente destacan los relativos al principio de beneficencia y el derecho a la libre autodeterminación de sus decisiones. El nuevo modelo de contrato social debería establecer criterios que permitieran gestionar los conflictos que surgen de la tensión existente entre dar primacía a lo social o a lo individual. Las decisiones relativas a la prescripción de tratamientos a pacientes individuales -- transplantes de órganos o hemodiálisis-- más allá de determinadas edades, en las que se han considerado por consenso contraindicados para el conjunto del grupo etario, constituyen un ejemplo del dilema entre efectividad y eficiencia en el que se puede encontrar un profesional de la medicina.

La posibilidad de fomentar las **asociaciones o partenariados basados en valores** entre los diferentes agentes sanitarios en los nuevos modelos de contrato social podría contribuir a dilucidar los conflictos morales entre lo individual y lo social. Se ha sugerido la idoneidad de este tipo de asociaciones para consensuar los criterios de evaluación que permitan determinar el valor añadido de la decisión sanitaria, definida según la mejora de calidad asistencial proporcionada, obviando la opción más reduccionista de situar la discusión sólo en términos de

contención de costes (Kenagy y cols. 2001). Posiblemente, este tipo de asociaciones también deberían proponerse en la renegociación de los principios que conformarían el nuevo modelo de contrato social entre la PM y la sociedad.

La primera tarea a considerar en la renegociación del actual modelo de contrato social quizá sería la de constituir una asociación o partenariado de valores en torno a los profesionales de la medicina. La complejidad de la práctica profesional conjuntamente con la incertidumbre de la decisión médica y del entorno sanitario determina como primera necesidad el consenso en torno a una **definición común de profesionalismo**. Esta definición debería incluir el conjunto básico de valores esenciales de la PM y el debate en torno a la reflexión crítica de estos valores debería promoverse desde los colegios profesionales. La necesidad de promover una reflexión crítica interna desde la PM viene determinada por la necesidad de consensuar los principios que permitan dilucidar los **desacuerdos morales internos**. La práctica de la PM incluye múltiples situaciones en que diferentes profesionales, de la misma o de diferentes especialidades, no coinciden en la valoración que hacen de una situación clínica específica. Un ejemplo de este tipo de situaciones pueden encontrarse en el abordaje terapéutico de un paciente diagnosticado de cáncer de próstata localizado o en la decisión de aplicar maniobras de resucitación a un paciente ingresado en urgencias.

Dos valores a considerar en la renegociación del nuevo modelo de contrato social fundamentado en el profesionalismo serían: **deliberación** y **racionalidad**. El primer valor se refiere a la capacidad de deliberar con otros profesionales, con los pacientes y con los diferentes agentes sociales en aquellas situaciones en las que no existe consenso entre las partes sobre cuál es la decisión más apropiada. El segundo valor se refiere a la necesidad de razonar las decisiones y acciones que se han adoptado. Asociado a estos conceptos de deliberación y racionalidad está la denominada ***accountability for reasonableness*** o **justificación de la acción responsable** (Daniels 2000). Deliberación y racionalidad deberían constituir la base de la legitimación social del profesionalismo y el reconocimiento de la autoridad, autonomía y capacidad de autoregulación de la PM.

En su relación con otros agentes sociales, incluidos los pacientes y otros compañeros de profesión, la PM puede enfrentarse a **desacuerdos morales** como consecuencia de la discordancia de valores asociada a la toma de decisiones difíciles. Un ejemplo de ese tipo de desacuerdos lo constituye tener que tomar decisiones que promueven el beneficio individual a expensas de menoscabar una concepción más utilitarista de la justicia social en la que prima el concepto de eficiencia sobre el de

efectividad.¹⁴ Es en estas situaciones de desacuerdo o conflicto moral dónde se debe intentar alcanzar el consenso mediante la negociación o deliberación colectiva de los agentes en conflicto. Estrategias basadas en el reconocimiento explícito de los valores individuales o de grupo y, por lo tanto, de los conflictos latentes, el respeto mutuo hacia los valores discordantes y la predisposición a negociar constituyen la base de los procesos de **deliberación comunitaria** (Guttman y Thompson 1997, Daniels 2000). El conflicto que vive la PM entre la lealtad clínica al paciente individual y la necesidad de responder a la finalidad social de la medicina y a la misión de las corporaciones es de difícil resolución, pero el reconocimiento explícito del mismo permite su gestión de acuerdo a valores sociales consensuados en procesos de deliberación (Bloche 1999).

La toma de decisiones racionales determina el concepto de **rendir cuentas sobre lo razonable o *accountability for reasonableness***, que obliga al profesional de la medicina a tener que estar en condiciones de argumentar mediante conocimientos explícitos y tácitos las decisiones que ha tomado y los resultados obtenidos. Esta necesidad de un ejercicio más racional de la PM permite redefinir la capacidad de auto-regulación, en lo que constituiría la denominada ***accountable professional self-regulation*** o auto-regulación profesional

¹⁴ La prescripción de estreptoquinasa en lugar de rt-PA en el tratamiento del infarto agudo de miocardio podría constituir en determinadas poblaciones de pacientes un ejemplo de (*footnote continued*)

basada en la capacidad de rendir cuentas. Para llegar a esta situación se debería haber definido de una forma más explícita el significado y contenido del concepto de **competencia profesional**, es decir la capacitación científico-técnica y humana necesaria para poder practicar con calidad el ejercicio de la profesión. En este sentido, las organizaciones sanitarias precisarán para ser fieles a su misión de responsabilidad social de profesionales con conocimiento, comprometidos, competentes, motivados y capaces de adaptarse a las situaciones de cambio. Obviamente para encontrar este tipo de profesionales las organizaciones deben crear sistemas de incentivos que favorezcan la cohesión interna y el establecimiento de un modelo de relaciones basado en la confianza mutua.¹⁵

La naturaleza compleja de la sanidad y de las organizaciones sanitarias contribuye a dar una mayor importancia al estudio de los valores de la PM y a la consideración explícita de los mismos dentro de un nuevo modelo de contrato social. La complejidad de la sanidad y del ejercicio de la PM se ha puesto de manifiesto al describir las transiciones sanitarias. El rápido cambio social que afecta a la medicina obliga a una constante readaptación y revisión de los **códigos de valores profesionales** según las realidades emanadas de los nuevos

selección prioritaria criterio coste-efectividad sobre el de efectividad. Este concepto también se conoce como la adopción de *the second best therapeutic option*.

escenarios sociosanitarios. Un factor de complejidad adicional para la implementación de un ejercicio profesional basado en valores está relacionado con la estructura interna de las organizaciones sanitarias. Estas se estructuran en torno a complejos equilibrios de intereses explícitos e implícitos que dificultan el gobierno de las mismas.¹⁶ Esta multiplicidad de intereses está fundamentada en la adopción histórica de diferentes códigos de valores y en la ausencia de mecanismos explícitos de comunicación interna basados en la deliberación comunitaria. La existencia de los **consejos profesionales** dentro de las organizaciones sanitarias podría contribuir al gobierno de las relaciones internas entre profesionales y con las direcciones de los centros y con los usuarios.

También es importante siguiendo los argumentos expuestos en otros apartados del capítulo de transiciones sanitarias, poder conocer los **códigos de valores de las grandes corporaciones sanitarias** privadas o públicas. Estos códigos pueden vulnerar los elementos básicos del profesionalismo al determinar estándares de práctica médica no coincidentes con los valores de la profesión. Un ejemplo de esta situación la constituye el modelo de asistencia gestionada o *managed care* de los Estados Unidos, al que se critica por hacer prevalecer los intereses económicos de la organización por encima de

¹⁵ Estudios recientes evidencian la relación existente entre conducta, confianza, experiencia e incentivos. Una revisión de los mismos se puede encontrar en *A matter of trust. The Economist. February 17th 2001 p. 92*

las necesidades de los pacientes y los valores de la PM (Bodenheimer 1999; Woolhandler y Himmelstein 1999).

Los conflictos de valores asociados a la ausencia de deliberación dificultan el ejercicio apropiado del profesionalismo dentro de las organizaciones sanitarias convencionales, a la vez que fomentan su atomización y fragmentación. Esta situación puede promover que los profesionales persigan dentro de la organización intereses personales y/o su visión particular de la misión de la institución, haciéndolos prevalecer por encima de los intereses de los pacientes y los de la sociedad. La consecuencia final de este proceso de **desgobierno de las organizaciones** puede promover una situación de desconfianza social hacia la PM.

La desconfianza social puede provocar la imposición corporativa de criterios de práctica profesional desde el Estado¹⁷ como respuesta a la crisis de autoridad moral (Dewar y Finlayson 2001). Un ejemplo de este tipo de respuesta se está produciendo en Gran Bretaña con la creación del National Institute of Clinical Excellence y las políticas de *clinical governance*. Otro tipo de respuesta puede seguir el clásico esquema de

¹⁶ Una reflexión sobre el gobierno de las organizaciones sanitarias ha sido realizada por Albert Oriol Bosch y puede encontrarse en www.fdps.org

¹⁷ Recientemente se ha recogido en la prensa española la posibilidad de que el NHS británico creara la National Clinical Assessment Authority con el objeto de supervisar la (*footnote continued*)

lealtad, queja o fuga (Hirchsman 1970). Este esquema supondría en la sociedad la coexistencia de situaciones de lealtad ciega al modelo paternalista de relación médico-paciente, de fuga hacia las denominadas medicinas alternativas o de queja a los sistemas judiciales, medios de comunicación o asociaciones de usuarios.

Las consecuencias de las inacabadas transiciones sanitarias resultan en un cambio de las expectativas de la sociedad con respecto al ejercicio de la PM. Este cambio de expectativas con respecto a los roles de la PM y la mayor complejidad de la práctica profesional han supuesto un incremento de las situaciones de desacuerdo moral entre los agentes sanitarios, incluyendo desacuerdos entre los propios componentes de la PM. Estos desacuerdos y la naturaleza dispar de determinadas decisiones profesionales obliga a la revisión crítica del contrato social implícito entre la PM y la sociedad. Esta revisión crítica liderada desde la PM debería determinar de **forma explícita** un nuevo modelo de contrato social en el que la deliberación y la racionalidad garantizarían el cumplimiento de forma autónoma y auto-regulada de los compromisos de servicio y responsabilidad social adquiridos.

práctica médica. Ver el artículo Doctors in the dock publicado en The Economist February 3rd 2001 p. 24 una descripción sobre la situación actual de los médicos en Gran Bretaña.

II Roles de la profesión médica ante el cambio social

Informediario - comunicador

Gestor del conocimiento

Experto

Profesional

Cuidador

Gerente y directivo

Gestor de recursos sanitarios

Agente principal del sistema

"Si no cambias, te extingués"

Spencer Johnson, ¿Quién se ha llevado mi queso?

Roles de la profesión médica

Los cambios atribuibles a los diferentes procesos de transición descritos en la primera parte de este informe promueven la adopción de nuevos roles profesionales por parte de la PM¹⁸. Los posibles roles a adoptar por la PM con el propósito de afrontar los retos derivados del cambio social en los sistemas sanitarios modernos podrían ser: informediario - comunicador, gestor del conocimiento, experto, profesional, cuidador, gerente-directivo, gestor de recursos sanitarios, y agente principal del sistema.

Informediario - comunicador

La PM se enfrenta en la actualidad a un **incremento exponencial** de la información sanitaria que es accesible de forma universal y gratuita. El interés de los medios de comunicación de masas por lo relativo a la sanidad, la eclosión de Internet y la aparición de una **nueva tipología de usuario o usuario informado**, que se interesa y consume noticias relacionadas con la salud promueven una distribución masiva de información sanitaria (Jovell 1999b). Estos factores determinan que se promuevan políticas de integración de los usuarios en los procesos de toma de decisiones. Estas políticas de potenciación de los consumidores o *consumer empowerment* se benefician de

¹⁸ Una aproximación similar a los roles de la PM puede encontrarse en: Societal Needs Working Group. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Can MEDS 2000 Project. (<http://rcpsc.medical.org>).

la mayor predisposición del usuario informado a adoptar un rol más activo en lo referente a la salud y a la sanidad, interviniendo de forma activa en un proceso de toma de decisiones autónomo e informado. En el pasado, las asimetrías de conocimiento entre médicos y pacientes, y entre administradores de la sanidad y ciudadanos habían determinado de manera muy concreta los roles de agente activo y de agente pasivo del proceso de toma de decisiones. Además, la consideración de la enfermedad como un tema tabú y lo relativo a sanidad como propio de expertos contribuía a diferenciar aún más la separación entre quién conoce y decide y quién no está en condición igualitaria de ejercer tal posibilidad. Esta situación de **asimetría consentida** favorecía la implantación de un modelo de relación entre profesionales-administración y usuarios de tipo paternalista basado en los atributos de autoridad, posesión del conocimiento y experiencia.

La aparición del usuario informado constituye también una nueva área de negocio. Este hecho se visualiza por el aumento en la cobertura de los temas sanitarios y relacionados con los estilos de vida en publicaciones divulgativas, la aparición de revistas dedicadas a temas de salud, y la difusión masiva a través de las nuevas tecnologías de la comunicación de informaciones relativas a la salud y al autocuidado. Con respecto a este último hecho destaca, con la **eclosión de Internet**, la aparición de sitios web de salud dentro de la estructura de los denominados portales horizontales y el desarrollo de portales verticales monográficos de salud. A todo ello se puede asociar el impacto potencial que se puede atribuir al desarrollo futuro de los denominados *e-marketplaces* sanitarios en los que se introducirán las estrategias de negocio

entre empresas –*business-to-business*, entre empresas y consumidores --*business-to-consumer*—o entre consumidores --*consumer-to-consumer* o paciente-a-paciente--.

Ante esta situación de sobredosis de información la PM se ve obligada a adoptar el rol de **intermediario o informediario**, con capacidad de encontrar, seleccionar según criterios de calidad e idoneidad y, sobre todo, individualizar la información al paciente. Este último proceso se produce en la mayoría de los casos dentro de una relación personalizada, como es la relación médico-paciente. Esta posición de informediario o de corredor de información conlleva superar la clásica **relación de agencia**, en la que un agente informado toma decisiones por otro que no lo está, y puede favorecer el establecimiento de un modelo de relación de **tipo deliberativo**.

En la relación deliberativa, el médico debe sentirse cómodo para confrontar a un paciente que hace preguntas y ser capaz de comunicarse con él de forma entendedora. El objetivo de esta relación es el de educar a los pacientes a tomar decisiones informadas, mediante la provisión de información de calidad contrastada y contribuir a gestionar sus expectativas. A ello hay que añadir el hecho de que la PM además de acceder a información privilegiada también produce información mediante el ejercicio de su práctica profesional.

Finalmente, la PM también puede contribuir a mejorar y potenciar la **capacidad de los pacientes para tomar decisiones** mediante su participación en iniciativas públicas orientadas a la producción de información de calidad, como

pueden ser el NHS direct británico o las bibliotecas electrónicas de divulgación de contenidos para usuarios.

Un aspecto importante asociado a este rol de informador viene determinado por el fenómeno de la **segunda opinión médica**. Esta petición de segunda opinión puede vehiculizarse de forma presencial o a través de sitios web especializados. La segunda opinión puede solicitarse por parte del paciente o de sus familiares, lo que puede conllevar ciertos problemas éticos derivados del consentimiento a la mediación. Asimismo, al ser solicitada por el paciente también implica valorar la cantidad de información que este dispone sobre su problema de salud y el grado de entendimiento de la misma. En este sentido, se tendría que definir desde una perspectiva ética cuál es el rol de la PM en las segundas opiniones médicas, sobre todo en aquellos casos en los que no ha existido una exploración física previa y no se ha iniciado aún una relación médico-paciente.

El rol de informmediario es importante dado que la tendencia actual en sanidad es la **sobreinformación**, que puede conducir a un nivel elevado de desinformación o de confusión informativa. Por otro lado, la abundancia de información aumenta la capacidad de elección. Como mayor sea el número de posibilidades de acceso a información mayor será la responsabilidad, y la presión, sobre los profesionales de la salud para ayudar a los usuarios a un proceso de toma de decisiones responsable. Además, la introducción de las tecnologías de información y comunicación en el ámbito cotidiano puede

promover un mayor desarrollo de las **asociaciones de pacientes**. Estas situaciones aumentan la complejidad de la relación médico-paciente y la relación entre profesionales, sobre todo si se tienen en cuenta los diferentes posibles subroles e intereses que puede contemplar el rol de informmediario.

El rol de informador y comunicador de la PM también incluye la transmisión de información a la opinión pública. La importancia de este rol está determinada por el estatus de autoridad y la credibilidad que tiene la PM en la sociedad y, por lo tanto, la influencia que pueden ejercer en las actitudes de la población. Es por ello, que el **rol de comunicador público** se debe ejercer guiado por valores de responsabilidad social. Ello supone proveer una información veraz, en un lenguaje que no admita confusión, con carácter pedagógico y pensando en el bien de la comunidad. Esta capacidad comunicadora requiere a veces de un entrenamiento específico y, sobre todo, debe garantizar la independencia frente a conflictos potenciales de intereses. Un posible partenariado con los medios de comunicación de masas podría facilitar la construcción de mensajes sanitarios socialmente responsables, tal y como se ha indicado en el subapartado de la transición mediática.

La confusión asociada al acceso universal, gratuito y en tiempo real a múltiples fuentes de información sanitaria y los diferentes medios de transmisión de la misma condicionan la aparición del rol de informmediario. La complejidad del proceso de informar y comunicar en estas circunstancias podría obligar a la PM

a posicionarse sobre quién, cómo y de qué manera se debe transmitir la información al paciente individual y a la población en general.

Gestor del conocimiento

Uno de los fenómenos que afectan a la PM en la actualidad es el aumento en la producción y difusión del conocimiento científico. Este **exceso de conocimiento** puede superar con facilidad la capacidad de la PM para asimilarlo y adoptarlo en su práctica profesional. Además, el acceso al conocimiento científico produce en la PM dos situaciones de difícil resolución. La primera de ellas está relacionada con la transferencia del conocimiento científico disponible a la práctica clínica cotidiana. La segunda situación surge de la dificultad de trasladar el conocimiento obtenido en estudios de pacientes al manejo del caso clínico individual. Ambos procesos de transferencia implican la consideración de forma simultánea de dos tipos de conocimiento: **explícito** y **tácito**, así como la adopción de una actitud **crítica reflexiva** en su aplicación a la práctica clínica (Epstein 1999). El conocimiento explícito o tangible es aquel que es fácilmente transferible entre profesionales y alcanza su mayor visibilidad en las publicaciones de los estudios científicos. El conocimiento tácito o intangible surge del conocimiento del entorno laboral en el que se trabaja y de la experiencia acumulada durante los años de ejercicio profesional.

Ambos conocimientos son muy importantes para la PM. Así, el conocimiento explícito permite **informar decisiones** mientras que el conocimiento tácito

resulta apropiado para **valorar decisiones**. Al ámbito del conocimiento explícito corresponderían la definición de las necesidades sanitarias según criterios epidemiológicos, estadísticos y demográficos; la medicina basada en la evidencia y la medida de los recursos disponibles. El conocimiento tácito incluiría el trato humano, el juicio clínico, las decisiones de distribución de recursos y los aspectos relacionados con la organización del trabajo. El conocimiento tácito está más relacionado con lo intangible y se beneficia de la interacción entre los profesionales y de la relación entre éstos y los pacientes.

La combinación de los conocimientos explícito y tácito genera en la PM la necesidad de adoptar estrategias de gestión del conocimiento orientadas a mejorar el ejercicio de la práctica profesional. En este sentido, la gestión del conocimiento debería contribuir a un mejor desarrollo de la carrera profesional, a tomar decisiones clínicas más apropiadas, a determinar prioridades en investigación y a promover una distribución más justa de los recursos sanitarios. La adopción de estrategias del conocimiento en la organización sanitaria debería mejorar su **capital intelectual** y promover un mejor funcionamiento de las mismas. Entre esas estrategias está la introducción de la figura de **director de conocimiento** en las organizaciones sanitarias (Muir Gray 1998). Su misión sería la de preservar y mejorar el capital intelectual de la organización, así como anticipar y facilitar los procesos de adaptación local a los cambios que le puedan afectar como consecuencia de las transiciones descritas en la primera parte del informe. Además debería facilitar la producción y transferencia de conocimiento tácito en la organización mediante diferentes estrategias de gestión del conocimiento, como son la constitución de

comunidades participantes profesionales de tipo presencial o virtual (Wenger y Snyder 2000). Uno de los objetivos del director de conocimiento debería ser identificar qué es lo que se conoce en la organización. En otras palabras, ha de ser capaz de medir los activos intelectuales que determinan las ventajas competitivas de la organización.

La introducción de estrategias de gestión del conocimiento en la organización supone la adopción por parte de la PM del rol de **integrador de conocimientos** en sus dimensiones de práctica profesional, investigación, educación, gestión de recursos y servicio a la comunidad. Para poder adoptar el rol de integrador de conocimientos, se precisa un cambio en los programas de formación de pregrado y de postgrado de los médicos. Así, la formación de pregrado debería capacitar a los alumnos para **aprender a aprender** y estar en condiciones de ejercer la profesión dentro de un concepto de **sistema sanitario basado en el conocimiento**. En este sentido, la formación actual de pregrado no parece estar orientada a desarrollar capacidades y habilidades sino a enseñar como aprobar el examen de médicos residentes. Por otro lado, debería valorarse hasta que punto los currículum universitarios responden actualmente a las necesidades de servicios sanitarios de la sociedad. El resultado de esta valoración debería promover la legitimación o la reforma del modelo actual de formación.

Una atención sanitaria de calidad depende de la existencia de un entorno de trabajo que promueva el desarrollo y la utilización de conocimiento. Es por ello

que el diseño de la carrera profesional debería incluir una formación orientada al aprendizaje y a la adquisición de competencias profesionales en el trabajo diario. Todo esto se debería contemplar dentro de un concepto de **capacitación continuada y potenciación profesional** o *professional empowerment*. Esta tendría que ser una responsabilidad compartida entre las organizaciones y los profesionales. A la misma podrían colaborar las sociedades científicas, los colegios profesionales y los gobiernos mediante múltiples estrategias de apoyo transversal orientadas a facilitar las tareas de asimilación y aplicación del conocimiento. Entre estas iniciativas transversales destacan la constitución de bibliotecas electrónicas en ciencias de la salud, las agencias de provisión de conocimiento de calidad, el desarrollo del aprendizaje virtual y los sistemas de acreditación de la competencia profesional. Solo si se ofrecen recursos para poder realizar una mejor práctica profesional se estará en condiciones de exigir a la PM que rinda cuentas a la sociedad.

La incapacidad de asimilar y cribar el enorme conocimiento al que se puede acceder en condiciones de tiempo real, las dificultades de trasladar la evidencia científica a la práctica clínica, las discordancias entre el conocimiento disponible y las características de un paciente individual, el aumento en el número de áreas de conocimiento propias de la práctica profesional, la caducidad del conocimiento actual y las elevadas expectativas que tiene la sociedad sobre las bondades del progreso científico incrementan las expectativas sobre los estándares de competitividad de la PM. Ello supone un aumento de la **presión social** sobre la PM, a la que se exige más y mejores competencias

profesionales sin que se produzca una variación de las condiciones habituales de trabajo. La trascendencia del error o del fallo médico incrementa esa presión y puede condicionar el ejercicio de la práctica profesional. Así, la tendencia a la subespecialización refleja en cierta manera la necesidad de incrementar las competencias en áreas intensivas de conocimiento y el aumento de la denominada medicina defensiva expresaría la búsqueda de una mayor protección frente a la posible equivocación diagnóstica.

La complejidad y la incertidumbre asociada a la decisión médica imponen limitaciones que deberían ser objeto de un mayor reconocimiento social. En este sentido, se debería promover desde la PM una agenda de investigación destinada a la producción de evidencia en las áreas donde existen vacíos de conocimiento, a facilitar la transferencia de la evidencia a la práctica clínica habitual, al desarrollo de guías de práctica clínica y a la colaboración efectiva entre profesionales. Esta promoción del conocimiento en las organizaciones sanitarias tendría que enfatizar el hecho de que el **valor del conocimiento** aumenta cuánto más profesionales tengan acceso al mismo y lo utilicen, ya que el conocimiento se incrementa con su uso y transferencia. Asimismo, se debería desdeñar la infalibilidad de la medicina y educar a los usuarios informados y a la ciudadanía sobre **la naturaleza probabilística** de la práctica médica, así como sobre la complejidad de la decisión médica.

La gestión del conocimiento como estrategia de gestión del cambio es importante como elemento de diferenciación del profesional y de los profesionales. El conocimiento presenta una relación intrínseca con la formación, las actitudes y las competencias. La formación aparece como un elemento de ventaja competitiva a lo largo del ciclo vital de un profesional. Una actitud orientada al aprendizaje tanto mediante formación estandarizada como en el trabajo tiende a aumentar el valor del profesional. Existe una relación directa entre el valor aportado por el acto médico y el conocimiento utilizado en el mismo. En este sentido, en el futuro es más probable que los pacientes consideren más importante quién te trata que dónde te tratan. Ello promovería la aparición, como ya se ha mencionado en la primera parte de este informe, de **clases sociales basadas en el conocimiento**. Es por ello que los atributos de excelencia técnica y humanística deberían ser incentivados y no penalizados. Los sistemas de acreditación de la competencia profesional deberían destacar el hecho y la aportación diferencial que todo el mundo valora cuando está enfermo.

Finalmente, la complejidad del conocimiento es menor si se hace una utilización apropiada de las **tecnologías de la información y la comunicación**. Estas tecnologías permiten el acceso inmediato, desde cualquier sitio y en cualquier momento del día a conocimiento actualizado si este está disponible. Asimismo, permiten la comunicación

entre compañeros, facilitando tanto la consulta individual como la sesión clínica virtual en tiempo real. Además facilitan el aprendizaje a distancia adaptado a necesidades actuales de formación y a tiempo disponible de dedicación. Como instrumento de gestión del conocimiento, también facilitan la creación de interfases en las que se pueden relacionar los datos de la historia clínica electrónica con las fuentes de conocimiento científico.

No cabe ninguna duda de que el rol de la PM como gestora de conocimiento va a ser, y es, uno de los más importantes. El conocimiento, tanto en su categoría explícita como tácita, constituye el elemento esencial para la capacitación técnica y humanística de los profesionales. Además, constituye la principal justificación del proceso de subespecialización que se está produciendo en la PM y la mejor fuente de valor terapéutico.

Experto

Una de las características en las que destaca la PM es en su capacidad para tomar decisiones clínicas basadas en conocimientos, cualidades y habilidades. Esta capacidad de tomar decisiones y emitir juicios clínicos se estructura en torno a un **conjunto de competencias** que se conforman con la experiencia acumulada y la formación continuada o, en otras palabras, con la acumulación de los conocimientos tácito y

explícito. Este rol de experto que posee la cualidad y está legitimado para decidir sobre cuál es el manejo más apropiado de una enfermedad y de un paciente individual determina, en cierta manera, la capacidad para ejercer los otros roles definidos en esta segunda parte del informe, entre ellos el de profesional que se define más adelante. El rol de experto es una parte importante del rol profesional y ambos definen el desarrollo de una carrera profesional que tiene como objetivos conseguir la excelencia clínica, la capacidad investigadora, las habilidades de gestión, el servicio comunitario, la competencia educadora y la transferencia de conocimiento.

La complejidad de la medicina, expuesta de forma continuada a los avances del conocimiento científico y al incremento de las demandas sociales, ha condicionado su división en especialidades y subespecialidades. La **división profesional de la práctica médica** ha venido impuesta por la necesidad de repartir el incremento de habilidades y conocimientos. Esta división supone un reconocimiento de las limitaciones del médico para estar al día de todo el conocimiento producido en el ámbito de la salud. Esta situación condiciona el establecimiento de abordajes complementarios en el tratamiento de determinadas enfermedades y de enfermos específicos. Así, el abordaje clínico de una enfermedad implica muchas veces, desde la anamnesis al tratamiento adecuado, la participación de diferentes especialistas o expertos. Lo mismo ocurre cuando la enfermedad coexiste con otras enfermedades en un mismo enfermo, lo que puede resultar en un

proceso diagnóstico-terapéutico más complejo. El proceso de subespecialización facilita en sobremanera este abordaje más cualificado de la enfermedad y del enfermo. A pesar de ello, la tendencia a la subespecialización no debe obviar la necesidad de un abordaje complementario de la enfermedad y, sobre todo, de los enfermos.

Una de las consecuencias de la subespecialización basada en los expertos es el riesgo de provocar una atomización y fragmentación de las organizaciones sanitarias. Ello puede suponer la diversificación del capital humano y, por lo tanto, una merma del capital intelectual potencial de la organización. La división en especialidades caracteriza a la organización sanitaria como una institución desordenada.

Posiblemente, eso sea así en parte como consecuencia de lo perecedero que es el conocimiento y la celeridad con la que se debe reemplazar.

Una visión alternativa que permita complementar el desorden, dentro de una visión social común que aproveche las sinergias del conocimiento, es situar la organización sanitaria dentro del concepto de **organización espagheti** (Ridderstral y Nordström 2000). En la misma, todos los trabajadores comparten una estructura común --visión, misión-- pero cada una de ellos --los espaghetis-- están vinculados a un trabajo específico definido por su especialidad. En este modelo organizativo, las especialidades profesionales corresponden a empresas funcionales

en las que se desarrollan habilidades y experiencias diferentes. Este tipo de organización horizontal requiere de profesionales con conocimientos, comprometidos, competentes, respetuosos, motivados y flexibles.

La medicina, como profesión y como ciencia, está caracterizada por un conjunto de conocimientos y habilidades comunes que deben ser compartidos y conocidos por todos los profesionales. La tendencia progresiva a una mayor especialización de la PM no debe obviar la existencia de este cuerpo común de conocimientos y habilidades. Entre los mismos se incluye la capacidad de realizar una buena anamnesis y exploración física, con el propósito de orientar el diagnóstico de presunción. Por otro lado, ese cuerpo común de conocimientos permite la **comunicación interna profesional** entre las diferentes especialidades, y entre éstas y aquellas que mantienen la competencia más generalista, como son la atención primaria y la medicina interna. Estas últimas especialidades mantienen la competencia de coordinar la atención sanitaria de los enfermos con pluripatología y que son objeto de diferentes especialidades.

No hay que olvidar que los pacientes aparte de buscar un diagnóstico correcto y un tratamiento apropiado de su enfermedad también necesitan en el abordaje integral de su enfermedad una correcta comunicación médico-paciente y un trato humano digno (Jovell 1999c, Jovell 1999d). Por otro lado, la comunicación interprofesional debería promover la transferencia y la aplicación del conocimiento, lo que supone un incremento del valor intangible de los

profesionales y de las organizaciones en las que trabaja. De esta forma, no se pueden negar los grandes beneficios atribuibles al fenómeno de la especialización en la resolución de casos clínicos complejos y en el progreso de la medicina.

El rol de experto atribuible a la PM está mediatizado por los avances científicos que promueven un crecimiento exponencial del conocimiento y la introducción de nuevas tecnologías. La producción de conocimiento aparece asociada a la participación de la PM en los **procesos de investigación y desarrollo**. Esta participación supone muchas veces la determinación de prioridades en las agendas de investigación de las instituciones y de los gobiernos. Esta última situación puede generar conflictos de intereses cuando las agendas de investigación propuestas no coinciden con las necesidades de la población o no cubren áreas esenciales de práctica profesional en las que no se dispone del conocimiento apropiado (Tallon y cols. 2000). Un ejemplo de esta discordancia puede estar ocurriendo con la investigación genética que, promovida por los propios investigadores, se ha convertido en un elemento central de las políticas actuales de investigación sin que se haya justificado el valor social comparativo de la misma en términos de coste de oportunidad (Jovell 1999a). El ejemplo del genoma humano pone de manifiesto los riesgos de pérdida de visión general y global que puede producir la subespecialización.

La situación expuesta puede ser más evidente en aquellos sistemas de salud en los que aún no se ha desarrollado suficiente masa crítica como para realizar

una investigación competitiva. La eficiencia social de las estrategias de investigación no depende sólo de los recursos económicos sino de las ideas y de las alternativas disponibles, así como de su capacidad para responder a necesidades de salud específicas. De esta forma, uno de los retos de la PM será cómo gestionar el conocimiento para determinar las prioridades en investigación y en su aplicación a la atención sanitaria. Este reto tendría que promover una visión de la investigación sanitaria acorde con el contrato social, es decir como servicio a la comunidad.

Un segundo aspecto asociado al rol de experto es la relación que tiene la PM con la tecnología médica. El hecho de que las tecnologías se conviertan en instrumentos que potencialmente mejoran las capacidades de los profesionales puede promover el denominado **imperativo tecnológico**, por el que los médicos se muestran proclives a aceptar las nuevas tecnologías frente a las ya establecidas (Fuchs 1986). Esta seducción tecnológica también puede presentar el efecto contrario cuando los médicos se muestran resistentes a aceptar avances terapéuticos por el hecho de sentirse cómodos y seguros con las tecnologías ya establecidas. Un ejemplo de esta situación sería la tardanza en adoptar los antibióticos para el tratamiento de la úlcera péptica asociada a *Helicobacter pylori*, a pesar de la existencia de evidencia científica concluyente sobre su superioridad terapéutica ante los inhibidores de la bomba de protones (Jovell y cols. 1998).

La relación entre medicina y tecnología es compleja. La aparición de las nuevas tecnologías a veces introduce nuevas incertidumbres en la práctica profesional. Un ejemplo de esta situación lo constituye los nuevos avances en **tecnologías diagnósticas**. Así, la introducción de la resonancia magnética ha supuesto un aumento considerable de la resolución diagnóstica en patología osteolumbar hasta el nivel de promover intervenciones quirúrgicas inapropiadas (Deyo 1994). Un caso parecido ocurre con la tomografía por emisión de positrones. La incertidumbre en torno a la utilización apropiada de esta tecnología aumenta en ausencia tanto de evidencia científica de calidad que justifique en que situaciones está indicada como de estudios económicos que midan la relación coste-efectividad en su utilización como tecnología complementaria a las ya existentes más que como sustitutiva de las mismas.

Los avances terapéuticos también pueden promover prácticas inadecuadas. De esta forma, la cirugía laparoscópica puede promover la extirpación de vesículas biliares asintomáticas. Esta paradójica relación entre medicina y tecnología condiciona que dentro de las competencias atribuibles al rol de experto, la PM debe ejercer una **evaluación crítica** sobre las nuevas tecnologías antes de incorporarlas a su práctica profesional. Los elementos que deben ser considerados en este proceso de evaluación han estado descritos por múltiples autores (Jovell y Aymerich 1999).

La relación entre medicina, investigación y tecnología también presenta una gran complejidad. La práctica profesional está asociada con el hecho de investigar, ya que los casos acumulados permiten la producción de conocimiento específico relativo al lugar de trabajo. Muchas veces esta investigación de la práctica cotidiana se ignora por la falta de una valoración apropiada de la misma y por la ausencia de medios de recogida y análisis sistemático de los datos. En un sentido contrario, la subespecialización ha promovido la adopción del **rol de investigador especializado**. Este rol distingue a los médicos que centran su actividad primordial en la investigación biomédica, constituyendo esta su profesión. Muchas veces las características de la especialidad y de su epicentro investigador conlleva el desarrollo de tareas de investigación orientadas hacia el descubrimiento de lo nuevo o a la curación de la enfermedad aún incurable. Esta situación contribuye a producir la discordancia antes comentada entre políticas, posibilidades y necesidades de investigación (Jovell 1999e).

La PM, desde el rol de experto, no debería fomentar la ilusión por el progreso ilimitado y la fascinación por la tecnología, ya que cabe la posibilidad de que el progreso científico se convierta en un obstáculo para el progreso social, al no producir los recursos necesarios para financiar la aplicación de los avances científicos. Este hecho se puede producir en el momento en que la celeridad del progreso científico sea

mayor que la del progreso social y, por lo tanto, se produzca una situación en la que los sistemas sanitarios no puedan financiar de forma universal y gratuita el acceso a tecnologías sanitarias desarrolladas con financiación pública. En este sentido, el rol del experto debería ejercerse siguiendo el **principio de cautela**, que obliga a valorar la idoneidad de la investigación propuesta como un servicio a la sociedad, valorándola según criterios de eficiencia social (Jovell 1999b, Jovell 1999e).

Asimismo, el **concepto de innovación** debería afectar a todas las dimensiones del trabajo del profesional no sólo los relacionados con la investigación. Innovar es sinónimo de crear y, como actividad, es posible aplicarla en todos los ámbitos de la vida profesional.

No cabe ninguna duda de que las políticas de investigación y desarrollo constituyen una de las estrategias primordiales para la creación de valor en los sistemas sanitarios. Es por ello que la PM está en condiciones de asumir el liderazgo de las mismas. Asociado al concepto de investigación aparece el de innovación y uno de los principales retos de los sistemas sanitarios es el desarrollo de políticas que promuevan una conducta innovadora entre sus profesionales. Cabe recordar, como ya se ha mencionado en el primer apartado, que una propuesta de valor basada en la innovación debería promover el desarrollo y adopción de **tecnologías rompedoras**, es decir aquellas que a mayor o igual efectividad producen una mejora en el acceso a la prestación sanitaria y/o disminuyen su coste. (Christensen y cols. 2000). La efectividad de estas políticas de investigación en servicios sanitarios basadas en innovaciones rompedoras radica en su capacidad de ofrecer soluciones

basadas en el conocimiento a los problemas actuales e inmediatos de la sanidad sin que, por ello, se conviertan en una amenaza al progreso social, definido este último por la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios para cumplir sus compromisos contractuales con los ciudadanos.

La complejidad e incertidumbre de la práctica profesional requiere de una división de la práctica médica que, partiendo del mantenimiento de un conjunto de conocimientos y habilidades comunes, promueva la complementariedad y la visión social de los avances científicos y técnicos. El rol de experto debe dotarse de esta capacidad de subespecializarse a la vez que mantener la capacidad de proporcionar una **atención integral** al paciente individual y situarlo dentro de estrategias efectivas de coordinación asistencial. En este sentido, el rol de experto, aparte de incluirse en el de profesional, complementa a los de cuidador, informador y gestor del conocimiento. La condición de experto implica una mayor utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, que constituyen verdaderas tecnologías rompedoras en el apoyo y la capacidad de mejora de la práctica profesional. Un ejemplo de su utilidad puede ser la disseminación de instrumentos para la mejora de la práctica profesional, como son las guías de práctica clínica (Jovell 1999f)¹⁹ o las bibliotecas virtuales (Jovell 1999g, Jovell 1999h, Jovell 2000).²⁰

¹⁹ Un ejemplo de ello puede encontrarse en www.agreecollaboration.org

²⁰ Un ejemplo puede encontrarse en www.fbjoseplaporte.org

El rol de experto es uno de los roles más valorados de la PM. Aparece asociado al progreso, al conocimiento y a la tecnología. Además, la condición de experto determina **prestigio, reconocimiento y visibilidad** tanto entre los profesionales como en la sociedad. El rol de experto está asociado al desarrollo de unas competencias y capacidades fundamentalmente técnicas. Por otro lado, el concepto de experto promueve la división de la práctica profesional en especialidades. Esta relación entre experto, reconocimiento profesional y social, y división del conocimiento puede promover estrategias de innovación y desarrollo orientadas a la consecución del prestigio personal que obvian el compromiso social del médico.

Las estrategias que promueven el reconocimiento de lo excepcional y lo singular pueden fomentar un **desarrollo insostenible** de los sistemas sanitarios al superar el progreso científico al progreso social. En otras palabras, la inexistencia de una visión global del concepto de innovación y su limitación hacia lo nuevo puede promover un exceso de demanda que no encuentra la oferta suficiente o, si la tiene, no reúne estas las condiciones acordadas en el contrato social: solidaria, subsidiaria, responsable e igualitaria. Esta paradoja del progreso de los sistemas sanitarios condiciona el desarrollo y adquisición de las competencias y habilidades básicas en las áreas técnicas y humanísticas a adoptar por la PM. En este sentido, la innovación no sólo debe orientarse al

descubrimiento de lo nuevo sino a cualquier aspecto de la práctica de la PM.

Profesional

Posiblemente, el rol que mejor define a la PM es el de profesional. Este rol estaría asociado, e incluiría, al conjunto de roles descritos en la segunda parte de este informe. El rol de profesional se fundamenta en los **valores del profesionalismo**²¹, que reflejan estándares de competencia técnica, humanística y ética. Este rol caracteriza **la excelencia de la PM** en las siguientes facetas: práctica médica, respuesta a necesidades individuales y sociales, conocimiento científico, actitudes, cumplimiento de los otros roles de la PM, y adherencia a estándares y códigos éticos. Estos estándares éticos suelen promover de una forma genérica la mejor competencia técnica, la subordinación de los intereses personales con respecto a los del paciente o la sociedad, la adopción de valores humanísticos y la respuesta a necesidades sociales.

La búsqueda de la excelencia reflejaría el mandato social para promover una práctica profesional basada en valores y que, a su vez, produce valor para el paciente y para la sociedad. Los valores que caracterizan esta práctica profesional serían, según el American Board of Internal Medicine: altruismo, rendición de cuentas o *accountability*, excelencia, compromiso de servicio o

duty, honor, integridad y respeto a otros (ABIM 2000). Asimismo, la producción de valor terapéutico o **buena práctica médica** estaría asociada a las siguientes características: buenos cuidados clínicos, garantía de calidad asistencial, relaciones con los pacientes, compasión, honestidad, relación con los colegas, capacidad de enseñar, entrenamiento y salud individual del médico (GMC 2000). La acreditación del cumplimiento de todas esas competencias de la buena práctica médica constituye la razón de ser del profesionalismo. El mantenimiento presente y futuro de las mismas en niveles apropiados de calidad requiere la implantación de estrategias de **reacreditación** de la buena práctica médica. Este proceso de reacreditación debería ser incentivado desde los colegios de médicos, las sociedades científicas y, posiblemente, también desde las organizaciones de provisión sanitaria, con el propósito de velar por el cumplimiento del contrato social entre PM y sociedad.

Las características de buenos cuidados clínicos y garantía de calidad asistencial vinculan al profesionalismo con la **acreditación de competencias** en dos ámbitos básicos: científico-técnico y humanístico. El primer ámbito incluye múltiples aspectos relacionados con el conocimiento, las habilidades y los otros roles de la PM ya tratados a lo largo de este informe, mientras en el segundo habría que destacar la **acreditación de actitudes**. Este último aspecto engloba las actitudes hacia otros compañeros de profesión, otros profesionales de la asistencia sanitaria no médicos y los pacientes. La

²¹ En la sección de referencias se citan diferentes publicaciones recientes sobre el tema del profesionalismo. En el subapartado de la transición ética de este informe se realiza una aproximación a ese concepto.

complejidad del ejercicio de la PM implica la necesidad de trabajar en equipo, tanto con otros médicos como con los miembros de otras profesiones sanitarias. Sin embargo, resulta paradójico que esa necesidad de formar parte de un equipo se produzca en un contexto de formación profesional que exige y valora más el rendimiento individual que el colectivo. De esta manera, la mayor parte de las formaciones de pregrado y postgrado están orientadas hacia el aprendizaje y la valoración de la competencia y la aportación individual, obviando la capacidad de adaptarse al trabajo en equipo y de liderar grupos multidisciplinares.

El profesional debería aprender y, por lo tanto, demostrar su capacitación para comunicarse con otros miembros de la PM o de otras profesiones sanitarias, integrarse en equipos de trabajo multidisciplinar, consultar a compañeros a la vez que se es capaz de responder a sus consultas de forma inteligible y determinar prioridades en la atención sanitaria. La carencia de este aprendizaje puede promover el **individualismo profesional** y, por ende, la existencia de actitudes de resistencia a integrarse en equipos profesionales.

Una organización de la sanidad en torno a comunidades horizontales de decisión en vez de en castas profesionales podría favorecer una mejor relación y comunicación entre las diversas profesiones sanitarias, incluidas las especialidades.

La buena práctica médica también tiene entre sus características principales la relación del profesional de la medicina con los pacientes. Esta relación no sólo tiene que basarse en competencias científico-técnicas sino en la capacidad de

establecer una relación humana y compasiva. Dr. Humano debería contemplar al paciente como una persona que le presenta un problema de salud que también podría afectarle a él, por lo que uno de los elementos claves de la buena práctica médica consiste en ser capaz de entender, aceptar y adoptar el **rol de paciente**. En otras palabras, los profesionales de la medicina en su ejercicio profesional deberían pedir para sus pacientes el mismo nivel razonable de atención sanitaria que quisieran para sí mismos si se encontraran en sus mismas circunstancias.

El hecho de ser médico no le exime a uno de la posibilidad de estar enfermo en algún momento de su ciclo vital. Las demandas de los enfermos no sólo incluyen un espacio idóneo para poder informar y realizar la visita médica en condiciones de privacidad y confidencialidad sino una **actitud afectiva** hacia los pacientes. Este hecho es importante, porque ante el modelo de enfermedad resultante de la transición epidemiológica, los pacientes pueden acabar valorando más la capacidad de la PM por cuidarlos y confortarlos que el de poder curarlos, sobre todo teniendo en cuenta que esa terapia curativa puede no existir.

La ausencia de una formación apropiada en los estudios de pregrado en habilidades comunicativas y competencias orientadas a la consecución de una mejor relación médico-paciente y la **perpetuación de estereotipos negativos** hacia los pacientes dificultan el ejercicio de una buena práctica médica. Entre esas actitudes negativas se hallan los lenguajes abusivos que califican a los pacientes con trastornos emocionales como "pitis", informan de la muerte de un

enfermo como que "se ha bajado", transmiten información confidencial en espacios abiertos, como por ejemplo en salas de espera o pasillos; muestran dificultades para mirar a los ojos de los pacientes cuando les comunican malas noticias, redactan informes con acrónimos o en una letra difícil de entender, y abusan de las posturas paternalistas en los procesos de toma de decisiones médicas. Las reivindicaciones del profesionalismo deberían incluir una mejor educación de la PM en la promoción de una **relación médico-paciente más efectiva y afectiva**.

Algunas de las actitudes que contradicen los valores del profesionalismo aparecen como consecuencia de la ausencia de un proceso educativo adecuado y de unos incentivos orientados a la promoción de los mismos. Cabe destacar que la mejor promoción del profesionalismo reside en la existencia de **líderes o modelos de rol** que presenten comportamientos y actitudes a imitar por parte de los miembros futuros de la PM. La aparición de modelos de rol viene determinada, en gran parte, por los procesos de formación y aprendizaje. En este sentido, una primera cuestión que debería plantearse la PM estaría relacionada con la efectividad de los modelos de formación vigentes.²² Ello supondría valorar hasta que punto esos modelos formativos responden a las necesidades de la sociedad que los financia y, sobre todo, si pueden ser mejorables. Si la respuesta a esta cuestión es que los modelos vigentes no responden a las necesidades de la sociedad y/o son mejorables, la segunda

²² Posiblemente, se tendría que comenzar a hablar de seriedad y profesionalidad más que de efectividad.

cuestión sería: ¿quién va a asumir el liderazgo de la mejora de los procesos de formación?

Dos obligaciones ineludibles e interrelacionadas de la PM son la formación y el aprendizaje. La **obligación de formar** se lleva a cabo tanto en las facultades de medicina y cirugía como en las instituciones sanitarias. Con respecto a las facultades universitarias, ya se ha puesto de manifiesto en este informe la necesidad ética de cuestionar la posible mejora del modelo vigente de formación. Cuatro aspectos deberían centrar la evaluación crítica de la formación de pregrado: la indiferencia existente ante el posible abandono de las aulas de estudiantes y profesores, la idoneidad de un curriculum de asignaturas que puede no responder a las necesidades de la sociedad que financia los estudios, el diseño de un modelo formativo que presenta la medicina como una ciencia cierta y basada sólo en conocimientos explícitos, y la ausencia de una formación básica en valores. Estas cuestiones son importantes, sobre todo si se tiene en cuenta la capacidad de los profesionales de la medicina para ejercer como **mentores** de los nuevos médicos. Esta capacidad mentora queda reforzada por la importancia del conocimiento tácito en el ejercicio de la medicina. Ello supone enseñar medicina en **contextos de aprendizaje** apropiados que reproduzcan experiencias de enseñanza propias de la práctica profesional. Estos contextos de aprendizaje deberían incluir la participación en sesiones clínicas, la exposición a pacientes virtuales y ficticios, y el contacto directo con los pacientes.

Una de las tareas primordiales de la formación médica de pregrado sería la de definir el **conjunto de conocimientos básicos de referencia médica**, es decir, la formación mínima acreditada que se debe exigir a un estudiante de medicina para ser considerado como un profesional. Este conjunto mínimo de conocimientos debería garantizar la comunicación entre especialidades médicas y caracterizar los atributos de los miembros de la PM que lideren los equipos de coordinación asistencial. Esta situación definiría el concepto ya mencionado de **dobles formación profesional**, que incluiría, por un lado, el conjunto mínimo de conocimientos básicos y, por el otro, los propios de la especialidad elegida. Entre los conocimientos básicos se tendrían que incluir una selección de la oferta curricular actual y los propios de las nuevas disciplinas transversales --ética, epidemiología, economía de la salud-- que mejor responden a necesidades sociales emergentes.

Además de qué se enseña se tendría **que valorar quién está capacitado para enseñar y cómo se enseña**. En este sentido, no resulta muy instructivo que a los estudiantes de medicina se les enseñe en la asignatura de urología que se debe realizar el cribado poblacional de cáncer de próstata a partir de los 50 años de edad y en la de salud pública se les diga que no hay evidencia científica que acredite dicha práctica sanitaria. Un ejemplo similar ocurre con la auto-exploración mamaria.²³ Este tipo de situaciones contradictorias requieren alcanzar un cierto consenso en torno a los valores asociados a la enseñanza de la medicina. La inexistencia de este consenso en valores puede reflejarse en las contradicciones existentes en decisiones complejas de la práctica

médica, como por ejemplo el tratamiento de la obesidad, la variabilidad de las tasas de determinados procedimientos quirúrgicos o la utilización inapropiada de antibióticos.

La actividad de formación basada en la capacidad mentora o de guiar un proceso de transferencia de conocimientos tácitos basados en la experiencia, incluye la identificación del profesional en formación con un conjunto de valores profesionales reflejados en la personalidad del mentor. Entre esos valores se encuentran los de honestidad y compasión. La **honestidad** en los procesos de formación debería evitar el posible riesgo de acoso moral asociado a la desprotección que puede sufrir un médico en formación cuando se encuentra solo ante procesos de decisión frente a los que aún se siente inseguro o la indefensión que siente ante la atribución de su trabajo por parte de un superior. Un ejemplo de esta situación de indecisión puede ocurrir cuando un residente se encuentra de guardia y tiene que enfrentarse de madrugada solo y sin supervisión ante una urgencia médica. Otra situación de acoso moral que precisa de una mayor valoración de la honestidad es la atribución de la autoría de los trabajos realizados por los subordinados, incluidas las publicaciones científicas, por parte de los superiores jerárquicos. La **compasión** está relacionada con el trato personalizado y adecuado a los pacientes, sobre todo en aquellas situaciones en que la gravedad de la enfermedad y el trastorno psicológico asociado precisan de un tratamiento diferencial y más humano.

²³ Estas contradicciones le han pasado al autor de este informe durante el curso 2000-2001.

Relacionada con la capacidad de formar está la necesidad de aprender. La actividad médica implica un proceso de formación continuado a lo largo de todo el ciclo profesional. Ello viene motivado por la celeridad de los avances científicos y la caducidad del conocimiento disponible. La necesidad de actualizarse es una de las exigencias de la PM que no experimenta con la misma intensidad otras profesiones. Esta cualidad es muy valorada por los pacientes, por lo que debería ser recompensada por la sociedad de una forma más justa. Ello supondría organizar las tareas profesionales de manera que se dispusiera de tiempo y medios para la realización de actividades de formación, y el desarrollo de estrategias de reconocimiento social del esfuerzo realizado mediante sistemas de acreditación de competencias. En este sentido, se tendría que deliberar sobre quién recae la **responsabilidad de la formación**, si sobre el profesional o sobre la institución en la que trabaja, y sobre quién y cómo se acreditan los procesos de formación formales e informales. Estos últimos incluyen el auto-aprendizaje y el aprendizaje en el lugar de trabajo.

El proceso de formación en el trabajo incluye la capacidad de adquirir y producir conocimiento a partir de la actividad profesional diaria. Esta capacidad implica la participación de la PM en actividades de investigación sobre su práctica clínica y de evaluación de la calidad asistencial. Finalmente, las instituciones deberían contemplar la **formación como una inversión** en capital intelectual y no como un coste.

Un elemento central del profesionalismo, tal y como se ha expuesto en diferentes apartados de este informe, es el de los **valores**. Se podrían

distinguir dos grandes grupos de valores vinculados al rol de profesional, aquellos referidos a la competencia técnica y los relativos a la competencia humanística. Entre los valores asociados a la **competencia técnica** destacarían la rendición de cuentas, la calidad asistencial, la actualización científica, la cooperación, la adaptabilidad al trabajo en equipo, la autonomía, la diligencia, la excelencia, la capacidad mentora, la racionalidad y la capacidad de deliberar. Entre los valores relacionados con la competencia humanística destacarían la honestidad, el altruismo, la confianza, la compasión, la confidencialidad, la veracidad, el respeto, la integridad y la calidez de trato.

Una función que asocia el rol de profesional con el de integrador de cuidados y de conocimientos sería la de **protector de salud** o *health advocate*. Esta función de protección implica dos características esenciales de la PM: no exponer a los pacientes a riesgos evitables para su salud y proteger a los pacientes y a las poblaciones de riesgos identificados para la salud. La primera característica está relacionada con la salud del profesional, es decir con médicos que padecen enfermedades que implican un riesgo de enfermar para sus pacientes y/o la provisión de una atención médica inadecuada. También incluye los casos en que existe un riesgo evitable de error médico. En este sentido, es importante recordar que uno de los atributos del profesionalismo es el **conocimiento de las limitaciones** profesionales y personales por parte de cada miembro de la PM. Con respecto a la característica de protección de la salud, la PM debería ejercer un rol de preservación de la salud pública mediante la promoción de estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Esta función de promoción de la salud supone su

implicación en la identificación de riesgos ambientales y de estilos de vida no salutogénicos, como son la polución atmosférica o el consumo de tabaco entre adolescentes. La actividad de promoción de la salud también incluye el consejo al paciente individual sobre hábitos y estilos de vida.

El énfasis que se hace en el rol del profesional viene determinado por la diferencia existente, o que debería existir, entre los conceptos de profesión y ocupación o trabajo. Esta diferencia es importante ya que la noción de profesión incorpora un conjunto de valores que determinan competencias técnicas y humanísticas que no tienen por que estar asociados al concepto de trabajo u ocupación. En este último caso, los valores se atribuyen a la organización que emplea a los trabajadores más que al profesional empleado. En este sentido, iniciativas tan de moda en la actualidad como las que promueven la excelencia clínica deberían promocionar el concepto más apropiado de **excelencia profesional**. Este último concepto implicaría la definición de modelos de rol que permitieran a las próximas generaciones de profesionales de la medicina identificarse con competencias y actitudes que caractericen una buena práctica profesional. A ello debería contribuir un proceso de formación de elites profesionales que garantizara el aprendizaje en las universidades y en las instituciones sanitarias de un conjunto de conocimientos básicos de referencia médica. Estos conocimientos básicos deberían incluir competencias técnicas y humanísticas. La reacreditación periódica de tales competencias debería constituir la garantía de

profesionalismo que la PM ofrece a la sociedad dentro de **un modelo explícito de contrato social**.

Cuidador

Una de las características más importante de la medicina actual es su capacidad para restituir y mantener la calidad de vida. Esta característica aparece asociada a algunos elementos ya expuestos en el apartado de transición epidemiológica, como son la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la coexistencia de diferentes patologías en una misma persona. Todo ello unido al aumento de longevidad y a los cambios producidos en la estructura familiar, con la adopción de un patrón de familia nuclear y la incorporación de la mujer al mundo laboral, ha promovido una mayor necesidad y, por lo tanto, demanda de cuidados por parte de los pacientes.

El aumento de la demanda de cuidados se enfrenta a una PM más educada para curar que para cuidar y con una red asistencial más orientada a enfermedades agudas que a las crónicas. Esta **necesidad de cuidar** expresada por los pacientes supone el rediseño de los sistemas sanitarios en torno a **redes de cuidados**, con la finalidad de proporcionar la calidad asistencial demandada. Esta necesidad de cuidar sitúa a la PM en el centro de un equipo interdisciplinar liderando

una relación equipo-paciente que integra el conjunto de cuidados que éste precisa.

Dentro de esta visión holística del paciente, la PM actúa también como asesora en la elección de las diferentes opciones de cuidado disponibles. El rol de integrador de cuidados implica el desarrollo de la capacidad de liderar equipos interdisciplinarios de trabajo, de adquirir habilidades comunicativas, de situarse en el lugar del paciente, sus familiares, y otros miembros del equipo de trabajo profesional; y de anticipar las necesidades del paciente. Dentro de este rol de cuidador o protector del bienestar de los pacientes la PM ha de implementar la denominada **medicina basada en la afectividad** (Jovell 1999c).

La importancia de la medicina basada en la afectividad se basa en que una parte importante de la valoración que los pacientes realizan del acto médico está fundamentada en algo tan intangible como la capacidad de confortar. A esta capacidad de confortar también se le conoce como el **arte de la medicina**, porque no radica tanto en conocimientos técnicos sino en habilidades humanas que se orientan hacia la captación y atención de las necesidades emocionales de los pacientes. La medicina basada en la afectividad enfatiza la parte más humanística de la práctica médica, partiendo de la noción de que la enfermedad aparte de producir un trastorno físico comporta una alteración psicológica que también precisa de un cuidado especial (Jovell 1999c, Jovell 1999d). En este

sentido, la PM aparte de proporcionar tratamientos efectivos debe ofrecer cuidados afectivos.

La integración de cuidados implica el desarrollo de un conjunto de cuidados amplios²⁴ no sólo orientados hacia el paciente individual sino a al conjunto de la organización de la estructura de la atención sanitaria. Esta organización global incluye los conceptos de coordinación, continuidad y longitudinalidad asistencial. La **coordinación asistencial** se refiere a la identificación de un médico como responsable de la gestión de la atención sanitaria de un paciente individual. Esta función de coordinador integra la defensa de los intereses del paciente frente al conjunto de profesionales y dispositivos asistenciales que lo atienden, y centraliza la comunicación e interpretación de los resultados de las diferentes intervenciones diagnóstico-terapéuticas hacia el paciente y sus familiares. Para poder realizar esta función de forma apropiada se precisa que los diversos dispositivos asistenciales estén coordinados entre sí y que se produzca la implantación de las tecnologías de la información y la comunicación. En este sentido, hay que comprender que los pacientes buscan en la sanidad a un profesional que les atienda y les guíe con empatía, confianza, respeto, entendimiento y confidencialidad a través de los dispositivos asistenciales que mejor atenderán sus necesidades de salud.

El rol de cuidador se localiza, como otras tantas actividades de la práctica profesional, en la relación médico-paciente. Entronca con la noción de **sociedad de personalización**²⁵ y quedaría definida por el concepto de trato personalizado. La evidencia procedente del sector de los negocios señala que las empresas alcanzan un mayor beneficio cuanto mejor se adaptan sus servicios a las necesidades del consumidor individual. En el caso de la sanidad, este concepto se puede manifestar por una mayor exigencia de trato personalizado de las necesidades sanitarias por parte de los pacientes y, sobre todo, los usuarios, consumidores y clientes. Ello puede conducir a una demanda de **planes de salud individualizados** por parte de los usuarios de la sanidad, al igual que se solicitan en otras áreas de servicios. Este concepto de personalización refuerza la función de coordinador antes expuesta y la de agente principal, que se expone más adelante en este trabajo, ya que el paciente o usuario busca un tratamiento individualizado de sus necesidades, y a veces demandas y deseos, de salud. Además, el concepto de personalización está muy vinculado a la recuperación de la figura del médico de cabecera.

La unión de las funciones de coordinación y de cuidador con la tendencia a la personalización de la relación médico-paciente pone de manifiesto el desarrollo del concepto de **medicina basada en la**

²⁴ En el concepto anglosajón de *comprehensiveness*

confianza. La confianza es un valor muy importante ya que permite el desarrollo y ofrece estabilidad a la relación médico-paciente y, sobre todo, a la relación entre la PM y los pacientes. La pérdida de confianza puede ocasionar la fuga del paciente hacia las prácticas etiquetadas como medicina alternativa. Estas prácticas centran gran parte de su actividad en la confianza establecida entre terapeuta y paciente. Es por ello, que en la sociedad de la personalización resulta más importante fomentar una relación médico-paciente basada en la confianza mutua. En este sentido, es bueno recordar cuáles son los atributos de la confianza²⁶: no es ciega, necesita límites, exige aprendizaje continuo, requiere ser revisada, surge de una buena comunicación, precisa de contacto físico y, lo que quizá es más importante, debe ganarse.

Un aspecto importante del rol de cuidador está relacionado con el papel de la PM en la planificación de los **cuidados a largo plazo**, tanto en su vertiente de asesor en temas de prevención de la enfermedad como en la asistencia sociosanitaria. Esta función de asesor es importante cuando se trata de promover estilos de vida saludables mediante consejos individualizados, lo que supone planificar intervenciones teniendo en cuenta perfiles de riesgo personales. La prevención de los posibles efectos adversos para la salud atribuibles a la deprivación estrogénica fisiológica en las mujeres puede servir como ejemplo de

²⁵ Este concepto ha sido formulado por Don Peppers y Martha Rogers en: *The one to one future: Building relationships one customer at time*, 1997

personalización terapéutica. En este caso, los antecedentes familiares, el tipo de dieta, los estilos de vida, la percepción subjetiva del riesgo y la esperanza de vida previsible de la mujer influirían en la decisión sobre si se ha de considerar o no la deprivación estrogénica un factor de riesgo susceptible de ser tratado farmacológicamente. Por otro lado, la planificación sociosanitaria también es importante al valorar el tipo de cuidados que necesitará una persona afectada de una enfermedad crónica, sobre todo en aquellos casos en que hay un aumento progresivo de la invalidez.

La tendencia a la personalización, el consumerismo y el acceso universal a una amplia variedad de información sanitaria fomenta la tendencia al **auto-cuidado**. Esta tendencia refuerza aún más el rol del cuidador en su vertiente de asesor que aconseja al paciente sobre estrategias y alternativas orientadas a un mejor cuidado de si mismo y de su enfermedad. Los consejos de auto-cuidado también se extienden a las personas que conviven con el paciente, como pueden ser sus familiares. La intervención de la PM en este aspecto es importante en cuanto no sólo hace de coordinador asistencial, sino también explora la personalidad, los deseos y las expectativas del paciente. A partir del conocimiento de los mismos da consejos relacionados con el cuidado de su enfermedad.

²⁶ Adaptado de Charles Handy. The Hungry Spirit.

Finalmente, dos facetas relacionadas con el rol de cuidador están representadas por la aparición de nuevos dispositivos asistenciales y por la existencia de necesidades emergentes. Con respecto a los nuevos dispositivos asistenciales, cabe destacar la potenciación de las estrategias de **cuidados a domicilio** que requieren de un nuevo modelo coordinado de atención sanitaria. Por otro lado, la aparición de nuevas necesidades augura un incremento de la demanda de funciones adicionales sobre la PM. Un ejemplo de ello lo constituye la necesidad de capacitar culturalmente a la PM para atender a poblaciones inmigrantes, ya que a los problemas de salud que puedan padecer deben añadir las dificultades de comunicación, la soledad y, en ocasiones, los diferentes valores culturales.

El rol de cuidador y de asesor de la PM cada vez va a ser más importante dada la aparición de un usuario de la sanidad más informado, el desarrollo de la sociedad de la personalización y la mayor tendencia de las personas a auto-cuidarse. Este rol también implica el desarrollo de consejos personalizados de salud o *health counseling* e incrementa aun más la demanda por una relación médico-paciente basada en la afectividad y en la confianza.

Gerente y directivo

La complejidad del ejercicio de la PM va a condicionar una mayor implicación de los médicos en el gobierno de las organizaciones sanitarias. La reciente introducción de los conceptos de **gestión clínica** en España o del **clinical governance** en Gran Bretaña son indicativos de esa realidad. Esta situación supone un retorno hacia los orígenes de la gestión sanitaria, en la que la PM ocupaba los lugares preferentes en los procesos de decisión en las instituciones respondiendo más a un modelo jerárquico que a una selección de perfiles profesionales apropiados. Posteriormente, fueron reemplazados por profesionales procedentes de la gestión empresarial o de la política con la finalidad de incorporar criterios de contabilidad y de gestión de procesos los primeros y con el propósito de responder a consignas estratégicas los segundos.

Esta diversidad etiológica de gestores posiblemente se está produciendo en un contexto de **transición directiva** que se sitúa dentro de un proceso de evolución lógica de la gestión sanitaria. Así, mientras la primera generación de gestores estaba formada por médicos que respondían a una tipología carismática y la segunda generación correspondía a tecnócratas de la gestión de formación no sanitaria, a la nueva generación de gestores se les exige estar familiarizados con los aspectos clínicos, económicos, legales y éticos de la salud. Este transición directiva ha supuesto el paso desde una primera generación centrada en la estructura a una gestión basada en el conocimiento de la práctica profesional y la medida de los resultados —*outcomes*— pasando por un modelo de gestión intermedio orientado hacia el proceso y la medida de

los productos *—outputs—*. La PM parte en una situación de ventaja con respecto a otras profesiones para incorporarse en posiciones de liderazgo directivo, siempre y cuando reciba y acredite la formación y el entrenamiento adecuado. Por otro lado, es importante que los gestores sean legitimados por los profesionales a los que dirigen. Este hecho es muy importante en la PM, ya que la mayor parte de los profesionales acumulan una carrera profesional determinada por una formación académica amplia, extendida en años, competitiva y selectiva.

La tendencia a una mayor participación de la PM en la gestión de la sanidad podría venir justificada por estar éstos más capacitados para interpretar la naturaleza del cambio tecnológico y su impacto potencial en la salud, evaluar la relevancia de los resultados clínicos obtenidos y por su mayor ascendente entre el resto de los profesionales de la medicina. Con respecto a este último punto, ya se ha señalado en el apartado anterior que el médico constituye el elemento final del proceso de toma de decisiones al interactuar directamente con el paciente. Posiblemente, el avance de la PM hacia posiciones directivas de liderazgo puede favorecer una mejor **gestión de los procesos de cambio** que afectan a la sanidad. Ello requiere profesionales formados en gestión sanitaria que sepan liderar el cambio en situaciones en las que hay que contraponer elementos del profesionalismo médico, como son la valoración de la evidencia y de la necesidad, con los de gestión económica, como son el control de costes y el acceso universal a una cartera básica de servicios. Asimismo, la PM estaría en situación de potenciar la rendición de cuentas o *accountability*. A ello contribuiría la posible implantación de modelos de gestión

más horizontales estructurados en torno a redes de decisión. Estas redes se tendrían que beneficiar de la capacidad de la PM para trabajar en equipo.

El concepto clásico de organización sanitaria basado en jerarquías y en la división en especialidades tiende a desaparecer. El tradicional modelo de gestión de ordeno y mando basado en la gestión del miedo y en la organización de adaptados debería ser reemplazado por la **organización heterárquica**²⁷ (FB). En este modelo organizativo la institución se estructura en torno a comunidades profesionales de decisión y práctica profesional. Esta tipología de organización está promovida por los cambios tecnológicos y de valores. En la misma, los valores aparecen como elemento de ensamblaje entre sus miembros. Los valores son entidades abstractas que reflejan ideas o nociones correspondientes al ámbito del conocimiento tácito y que condicionan pensamientos, decisiones y acciones. Delimitan la relación del profesional --y de la persona-- con la organización, las tecnologías, los compañeros y los pacientes. Su gran capacidad para influenciar actitudes y comportamientos y, por lo tanto, generar unión o conflicto los sitúa en el centro del proceso directivo.

La organización heterárquica precisa de una **dirección por valores**, ya que dada su complejidad y su diversidad, esta le proporciona un nexo de unión entre sus partes. Los valores se tienen o no se tienen, por lo que, si se tienen,

motivan al profesional, solucionan conflictos y hacen posible el trabajo en equipo. La predominancia de los valores puede conducir a una situación en la que las organizaciones contraten a los profesionales por sus actitudes más que por la formación y el conocimiento, ya que esas dos últimas características siempre las pueden adquirir con posterioridad.

Los conceptos de organización heterárquica y dirección por valores implican un cambio en la **cultura corporativa** de las instituciones sanitarias. El hecho de que las diferentes especialidades y profesiones sanitarias tiendan a contemplar las cosas de forma diferente y se centren en la defensa de intereses de grupo frente al interés de los demás obliga a promover mecanismos internos de deliberación comunitaria. Estos mecanismos tienen la finalidad de resolver las contradicciones fundamentadas en los conflictos de intereses mediante el intercambio de información y el diálogo. La asunción de una cultura del desacuerdo en la organización debería permitir la aplicación de mecanismos transparentes de resolución de conflictos centrados en la consecución de objetivos comunes. Para ello se ha de contemplar la resolución de los conflictos como una fuente de valor para la organización y se han de generar los incentivos que permitan compartir la información necesaria para pasar de un modelo de gestión basado en la indecisión a uno que obliga a tomar decisiones. El genoma de la organización sanitaria actual indica que el modelo de gestión basado en la indecisión se manifiesta cuando quién tiene que tomar

²⁷ En el subapartado de gestor del conocimiento hemos definido este modelo como organización espagheti

decisiones mantiene ante un problema específico una actitud de análisis, revisión o valoración del mismo. En este sentido, cabe enfatizar que sólo una organización sana parece ser la más apropiada para ofrecer servicios de salud.

El paso de una organización jerárquica o vertical a una heterárquica o horizontal debería permitir un mayor aprovechamiento de las capacidades de la organización y, por lo tanto, situar la capacitación profesional como fuente de ventajas competitivas y de creación de valor. Este punto es importante ya que difícilmente uno puede esperar que en una situación de libre mercado unos profesionales como los miembros de la PM cedan su talento a organizaciones basadas en la jerarquía y en una estructura de castas. En este sentido, promover competencias basadas en el talento debería implicar poder valorar el retorno producido por las mismas. Para ello los directivos deberían definir cuáles son las **competencias esenciales de su organización**. Asociado a este último proceso surgiría la necesidad de medir los activos intelectuales, ya que el problema de las organizaciones sanitarias no radica en la ausencia de conocimiento sino en que muchas veces no saben lo que conocen. En estas circunstancias, y en ausencia de un proceso de evaluación y de acreditación de competencias, resulta muy difícil de medir el valor aportado por la organización sanitaria.

Además de una dirección por valores, la complejidad de la práctica médica precisa del desarrollo de **liderazgos personalizados**. Esto puede suponer tener que reforzar el liderazgo de los profesionales, dado que son ellos los que

aportan valor a la misión de la organización. Este refuerzo supondría la instauración del concepto de **organización mentora**. Este concepto define a la organización que guía de forma personalizada a sus profesionales por un proceso de aprendizaje dirigido y basado en el trabajo hacia el desarrollo de competencias específicas y a la asunción de un conjunto de valores institucionales. El objetivo final es incrementar el capital intelectual de la organización de forma que el mismo sea superior a la suma del capital humano de todos sus profesionales. La labor del gestor como director de talentos sería la de generar confianza, alentar el cambio, y medir y alinear los sistemas de incentivos que atraen y retienen al mejor capital humano.

Las actitudes de los profesionales de la sanidad son muy importantes para la **creación de valor de las políticas sanitarias**. Es por ello, que las políticas de recursos humanos deberían incentivar la innovación, la asunción de responsabilidades y la participación de los profesionales del sistema. Ignorar la posible contribución de los profesionales a la mejora del mismo puede fomentar su desmotivación, a la vez que supone obviar la enorme valía de los valores intangibles aportados por los mismos. Esta falta de motivación permite distinguir cuatro tipos de actitudes profesionales: obediencia, queja permanente, nicho profesional y fuga de valores (Jovell 2001). La obediencia se asocia con la ausencia de iniciativa, la queja permanente con la resistencia a la innovación, el nicho profesional con la persecución de intereses personales y la fuga de valores con la pérdida de profesionalismo.

El rol de la PM como directivos supone tanto su participación activa en las decisiones referidas a la organización de los procesos de atención médica en las instituciones sanitarias como su implicación en las políticas de salud. Una vez más, la PM debería adquirir un mayor protagonismo en el rol de doble agente principal del sistema, al tener que atender las necesidades del paciente individual en un contexto social. Este último aspecto determina ejercer el servicio a la comunidad desde diferentes posiciones de liderazgo social, como son: las instituciones en las que trabaja, los colegios profesionales y las sociedades científicas a las que pertenece. Finalmente, la naturaleza de la PM requiere de la formación profesional continuada como un elemento central de garantía de la competencia profesional. La implicación de los profesionales en el gobierno de las instituciones sanitarias debería suponer el reconocimiento de las mismas como **organizaciones basadas en el aprendizaje**. La implantación de los denominados **contratos de aprendizaje** permitiría el desarrollo de estrategias de formación personalizadas de los médicos. Las mismas estarían dirigidas tanto por los profesionales como por las organizaciones en las que trabajan.

Los cambios citados en la primera parte de este informe determinan un nuevo modelo de dirección y gestión de las organizaciones sanitarias. Este modelo refuerza la ubicación de los profesionales de la medicina en posiciones de liderazgo responsable dentro de una organización heterárquica, en la que los valores constituyen un nexo de unión entre los diferentes estamentos de la misma. Todo ello precisa de una estructura organizativa orientada hacia el

aprendizaje, predispuesta a la innovación y, que valora y audita sus competencias.

Gestor de recursos sanitarios

En el subapartado de análisis de la transición política se ha señalado la importancia del encuentro médico-paciente como el lugar en el que se produce el máximo valor terapéutico. El hecho de que en ese encuentro o relación de agencia el principal actor del proceso de decisiones sea el médico le convierte en el **agente principal del sistema**. La condición de agente principal del sistema y su relación directa con los pacientes le sitúa en una situación preferente y dominante en los procesos de distribución de los recursos sanitarios. En este sentido, la condición de agente principal debería adoptar una **doble función**: por un lado, la tradicional de defensa de los intereses del paciente al que atiende y, por otro lado, la de defensa de los intereses de la comunidad en la que presta sus servicios profesionales.

La característica de **doble agente principal del sistema** determina un difícil equilibrio entre la responsabilidad individual y la colectiva, situando a la PM en la obligación de tener que tomar **decisiones complejas**.

Entre esas decisiones tiene que ponderar los valores asociados a la beneficencia del acto médico en contraposición a los relacionados con la justicia social y la eficiencia del mismo. Asimismo, la decisión tiene que

considerar el conflicto potencial existente entre los valores hipocráticos, que le obligan a velar por los intereses del paciente individual, y aquellos asociados a los imperativos de los financiadores de la asistencia, bien sean influencias del mercado o de la planificación gubernamental, que promueven la adopción de valores más utilitaristas. También tienen que valorar la idoneidad de la aplicación del conocimiento procedente de los estudios poblacionales al paciente individual y su impacto, no sólo en términos de efectividad, sino en el coste de oportunidad de los recursos empleados.

El rol de la PM como doble agente principal del sistema puede resultar complejo en algunas ocasiones al tener que elegir entre la lealtad al paciente individual y la lealtad a la sociedad. A veces, la complejidad aumenta si se tiene que ser leal a una determinada institución o a otros intereses personales. De todas formas, los **conflictos de lealtades** también se producen en decisiones relativas a pacientes individuales, como las que determinan prioridades en la atención en urgencias, la disponibilidad de órganos para transplantes o el acceso a una unidad de cuidados intensivos. Las decisiones complejas de racionamiento afectan sobre todo a las denominadas **terapias de rescate**, término que hace referencia a la adopción de tratamientos experimentales y, por lo tanto, de eficacia no probada en el tratamiento de enfermos cuya enfermedad no es susceptible de ser tratada por las terapias ya establecidas. El tratamiento de tumores sólidos, como por ejemplo el cáncer de mama metastásico en mujeres jóvenes, con quimioterapia intensiva y

transplante de células precursoras de la hematopoyesis constituiría un ejemplo de aplicación de la regla del rescate terapéutico.

La **gestión de la complejidad** supone evaluar la diferencia existente entre satisfacer las necesidades de los pacientes en contraposición a la de atender sus deseos, así como confrontar el dilema que enfrentan a las necesidades con las posibilidades del sistema. Estas últimas vienen definidas por las limitaciones presupuestarias o de recursos sanitarios. Paradójicamente, muchas veces esta escasez de recursos resulta de la incapacidad de gestionar el **exceso de posibilidades y oportunidades** que ofrece la asistencia sanitaria. Solo hay que pensar en el número de opciones disponibles en la actualidad para el tratamiento de determinadas enfermedades cardiovasculares o mentales para valorar las múltiples oportunidades de elección que tiene la PM.

La **gestión del exceso o la abundancia** sitúa a la PM en una posición central en la distribución de los recursos sanitarios y, por lo tanto, en la tesitura de tener que tomar de forma implícita decisiones de **racionamiento** dentro de la relación médico-paciente. La PM debería estar en condiciones de identificar prioridades, ordenarlas y aplicarlas al paciente individual teniendo en cuenta el rol de doble agente principal antes descrito. En este sentido, hay que reconocer la existencia de diferencias culturales entre la misma PM, como las identificadas entre los médicos ingleses y los estadounidenses (Churchill 1987). La

responsabilidad social parece tener más peso entre los médicos ingleses en comparación con los estadounidenses. En estos últimos predomina la defensa del principio de beneficencia.

La necesidad de distribuir los recursos sanitarios de forma eficiente supone la incorporación del agente principal del sistema en los procesos de determinación de prioridades. Es por ello que la PM debería implicarse de forma activa en la definición de los criterios que determinan la denominada cartera básica de servicios. Estos tendrían que definir de manera explícita el **conjunto mínimo de prestaciones** que garantizan el respeto a la dignidad humana, siendo este un concepto equivalente a lo que en otras culturas se ha denominado como *safety net*, *minimun decent level of health care* o *basic package*. Esta participación activa de la PM en la determinación de prioridades para la colectividad le permitiría ejercer de forma más justa su tarea de distribuidor de recursos en la relación médico-paciente individualizada. La finalidad de este proceso sería la de conseguir un ejercicio profesional que fuera responsable de la provisión de un **nivel razonable** de prestaciones o servicios sanitarios adaptado a las necesidades del paciente individual.

Finalmente, la **legitimación** de la PM en su rol de gestor de recursos sanitarios no sólo debería fundamentarse en su posición de agente principal del sistema, sino en su función de coordinador entre niveles

asistenciales, con otros profesionales sanitarios y con el resto de miembros de la PM. Para ello la educación médica debería incluir la formación de los profesionales en conceptos básicos de economía, filosofía moral, salud pública y sociología de la salud.

El hecho de que la relación médico-paciente se convierta en el centro de distribución de la mayor parte de los recursos sanitarios sitúa a la PM en el rol de gestor de recursos. En este rol la PM tiene que ponderar las necesidades, y posiblemente demandas, del paciente individual frente a las de la comunidad de la que éste forma parte y a los recursos disponibles. La herencia hipocrática, más orientada a proteger la perspectiva individual; la ausencia de formación económica, la complejidad del acto médico, la presión que ejerce sobre el médico una historia de vida individual y el exceso de posibilidades dificultan el ejercicio de este rol. Es por ello, que resulta necesario la deliberación en torno a los principios básicos que legitiman socialmente a la PM en el ejercicio de este rol de gestor de recursos.

Agente principal

La complejidad de los sistemas sanitarios modernos requiere de la participación de **múltiples agentes sociales**, o *stakeholders*²⁸ en su terminología inglesa, para alcanzar un proceso de toma de decisiones consensuado. Entre los múltiples agentes sociales, la PM suele adoptar

el rol de agente principal, al ser el depositario de la confianza de los pacientes y el que, dentro del contrato social implícito que tiene con estos últimos, toma las decisiones de distribución de recursos. La presencia de diversos agentes sociales o sanitarios pone de manifiesto los **desacuerdos morales** resultantes de los conflictos latentes entre los mismos. Un ejemplo de estos desacuerdos morales podría existir al comparar los propósitos de los actos médico, de gestión y de planificación. Así, de un modo muy simple, podría decirse que la PM estaría más orientada hacia el principio de beneficencia y a la efectividad de las intervenciones sanitarias, los gestores estarían guiados por una visión utilitarista de la justicia social y la eficiencia de las decisiones, y los planificadores gubernamentales se centrarían en el principio de justicia social desde la perspectiva igualitaria y en la equidad de las políticas sanitarias.

La posible presencia de desacuerdos morales entre agentes debería utilizarse para fomentar la interacción entre los mismos en la búsqueda de puntos de encuentro basados en la comunicación y la confianza mutua que generen valor añadido. Ello supone el desarrollo de un nuevo modelo de **contrato social para los agentes sanitarios** basado en el concepto de **asociaciones** o *partnerships*²⁹, en su terminología inglesa. Estas partenariados tendrían que surgir de la instauración de procesos

²⁸ Este concepto también se traduce como legítimos interesados.

²⁹ Nos referimos a este concepto a lo largo del informe con el nombre de partenariados

interactivos de **deliberación comunitaria** entre los diversos agentes (Guttmann y Thompson 1997; Daniels 2000). Los elementos constituyentes de los procesos de deliberación comunitaria deberían ser: la transparencia y publicidad del proceso, el reconocimiento de la existencia de conflictos latentes de intereses, la oportunidad de presentar visiones opuestas en condiciones de reciprocidad igualitaria, la publicidad de los argumentos a deliberar, la disposición a dialogar y negociar, el derecho a apelar decisiones y la búsqueda del consenso en la decisión final.

Los partenariados serían el resultado de un **proceso racional de** construcción de relaciones positivas que tiene como objetivo la **legitimación de una agenda** para la mejora razonable de los sistemas sanitarios. El proceso descrito requiere de los agentes participantes un nivel apropiado de responsabilidad y de capacidad de diálogo y negociación. Desde la perspectiva de la PM, quizás deberían ser los colegios profesionales los que deberían liderar el proceso de deliberación en sus dimensiones: interna, entre los propios profesionales, y externa, en su relación con los otros agentes sanitarios. Estos partenariados tendrían como misión determinar las bases para un desarrollo sostenible de los sistemas sanitarios mediante la expresión de valores y la resolución negociada de los conflictos de intereses. Con ello se intentaría pasar de las actitudes basadas en el conflicto por desconocimiento a soluciones fundamentadas en procesos de reconciliación.

Los **partenariados** básicos que se proponen para consolidar los principios del contrato social son las siguientes: terapéutico, profesional, corporativo y social. El **partenariado terapéutico** se establece con los pacientes y en la misma se deben tener en cuenta las diferentes tipologías de uso de la sanidad. En esta asociación se tiene que distinguir las diferencias entre pacientes, usuarios y consumidores. Así, mientras los pacientes expresarían necesidades reales e inmediatas de salud, los usuarios utilizarían los servicios sanitarios con diferentes finalidades y los consumidores mostrarían interés por recibir información sobre temas de salud. Dentro de las concepciones actuales de usuarios y de pacientes, destacan aquellas que depositan todo el poder de decisión en los médicos dentro de un modelo de relación paternalista y las que quieren involucrarse de forma activa en el proceso de toma de decisiones dentro de un modelo de relación deliberativa o, incluso en algunos casos, dentro de un modelo de relación científica. Los conceptos de consumerismo o *patient empowerment*, concordancia y proceso compartido de decisiones o *shared decision-making* forman parte de estos modelos deliberativos de relación médico-paciente.

El **partenariado profesional** supone el establecimiento de procesos de deliberación con las otras profesiones sanitarias representadas, entre otras, por los profesionales de la enfermería, la farmacia y la gestión. Las bases de este partenariado deberían reconocer la importancia de la

interdisciplinaria y del trabajo en equipo en la producción y provisión de los servicios sanitarios. También es importante el establecimiento de **partenariados corporativos** con los gobiernos, las compañías aseguradoras privadas, la industria farmacéutica y la universidad.

Finalmente, la última categoría asociativa estaría constituida desde una visión genérica por el **partenariado social**. Esta última asociación se establecería con otros agentes sociales con los que se pueden producir desacuerdos morales, como son los periodistas, los jueces o las entidades que se otorgan la representación pública de los ciudadanos.

Una de las asociaciones o partenariados más importantes dentro de la PM es el **médico o intraprofesional**. Este partenariado viene justificado por el hecho de que entre la PM se producen con frecuencia conflictos latentes. Estos pueden ser promovidos, en parte, por el elevado número de subespecialidades y por la existencia de diversos niveles de atención sanitaria. **La variabilidad en la práctica clínica** sería la característica más visible derivada de los conflictos latentes de intereses. Un ejemplo de los mismos se puede observar en las recomendaciones para el cribado poblacional de cáncer de próstata. Así, mientras hay sociedades científicas --American Cancer Society, American Urological Association-- que recomiendan el cribado anual para la detección de cáncer de próstata en varones mayores de 50 años, otras asociaciones -- American Academy of Family Physicians, National Cancer Institute-- y gobiernos recomiendan no realizar este procedimiento al no existir evidencia científica que lo acredite (Office of Disease Prevention 1994; Peters y cols. 2001). Las recomendaciones en torno al tratamiento de tumores sólidos con

quimioterapia intensiva a altas dosis y trasplante de células progenitoras también han sido objeto de controversia en los últimos años.

Las controversias expuestas son un mero reflejo de una situación que es muy habitual en medicina y que, en cierta manera, pueden generar la desconfianza de la ciudadanía hacia la PM. Es por ello que resulta necesario establecer liderazgos sólidos que permitan abrir un proceso de reflexión crítica desde la PM sobre cómo confrontar aquellas situaciones que pueden generar desconfianza. Este proceso de reflexión debería ser impulsado por los colegios profesionales, ya que son estas organizaciones las encargadas de velar por el cumplimiento del contrato social entre medicina y sociedad fundamentado en los valores del profesionalismo. Esta reflexión crítica debe promover un proceso de deliberación sobre cuáles son los **límites de la medicina**. Con ello se debe evitar que se produzcan situaciones en las que desde la misma PM se den mensajes opuestos hacia otros profesionales y a la ciudadanía, como en el caso del cribado poblacional de cáncer de próstata.

El rol de doble agente principal del sistema implica **la construcción profesional de un desarrollo sanitario sostenible**. Este hecho supone deliberar sobre cómo se han de aunar los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia social en situaciones concretas. Ello supone hablar de cuestiones relativas al valor terapéutico y al valor económico de intervenciones sanitarias específicas, como por ejemplo el cribado poblacional de cáncer de mama por mamografía. Esta intervención de efectividad probada,

a pesar de recientes controversias sobre la calidad de los estudios, resulta en un coste por año de vida ganado muy elevado (Wright y Mueller 1995). Los conflictos entre efectividad, equidad y eficiencia no deberían ser resueltos de forma autónoma en un sistema de financiación pública, ya que ello promueve situaciones de injusticia social. El hecho de que este tipo de conflictos cada vez sean más habituales en medicina supone la necesidad de una deliberación y un consenso intraprofesional sobre cómo se ha de actuar ante los mismos. En otras palabras, y como ya se ha mencionado en este subapartado, se han de definir los límites de la medicina, ya que los conflictos de valores actuales podrían estar superando la capacidad de resolución implícita de los códigos deontológicos vigentes.

La condición de agente principal del sistema de la PM es atribuible a su posición central en el proceso de toma de decisiones terapéuticas. Esta posición determina que los procesos de deliberación lleguen a un acuerdo sobre el rol de cada una de las subespecialidades médicas, teniendo como objetivo común la defensa de los intereses del paciente y de la comunidad. Este tipo de reflexiones son difíciles de llevar a cabo para los profesionales, ya que la formación recibida les orienta hacia el paciente individual y hacia la resolución de problemas singulares. La visión individual puede inducir a veces a situaciones de ineficiencia social, como por ejemplo en el caso del denominado encarnizamiento terapéutico. Por otro lado, una visión muy benevolente y desde los valores de beneficencia de determinados procedimientos, como por ejemplo el cribado prenatal del síndrome de Down, puede promover en ocasiones de forma implícita situaciones de riesgo

atribuibles a la misma naturaleza del acto clínico (Serra Prat y cols. 1998). Todas estas situaciones ponen de manifiesto la necesidad de introducir elementos de deliberación en torno a los valores del profesionalismo en la **formación de los profesionales**.

Los ejemplos antes expuestos son una pequeña muestra de la necesidad de la PM por acceder a una formación de calidad en ética. Además, la comunicación entre especialidades resulta imprescindible si se quiere fomentar la adopción de unos **valores comunes a toda la PM** que definen el rol del médico como profesional. Existen situaciones relativas a las potencialidades y limitaciones de la medicina basada en la evidencia, las funciones de la evaluación de tecnologías sanitarias, la adopción de terapias experimentales, la coordinación entre niveles asistenciales, la variabilidad de la práctica médica y el papel del análisis económico en la distribución de recursos sanitarios, entre otras, que precisan ser deliberadas desde la posición de doble agente principal del sistema dentro de este proceso de construcción positiva de los valores comunes a toda la PM.

El rol de agente principal del sistema está muy intrínsecamente relacionado, como ya se ha expuesto en anteriores subapartados de esta segunda parte del informe, con los roles de profesional, cuidador, directivo y gestor de recursos. La condición de doble agente principal del sistema sanitario plantea importantes retos a la práctica de la medicina cuya resolución debería implicar a otros agentes sociales y formalizarse a través de los partenariados

mencionados. Dos ejemplos de esos retos pueden surgir de la deliberación sobre el umbral admisible para definir el **coste de un año de vida ganado** atribuible a una intervención sanitaria y de la **determinación del valor de las estrategias de cribado**. El primer caso supone abrir el debate sobre las fronteras de posibilidades de los sistemas sanitarios (Jovell 1999i). El segundo caso implica deliberar sobre si la práctica médica está orientada a detectar normalidad o patología. Si existe una demanda social y una promoción profesional hacia el uso de estrategias de cribado para detectar normalidad los valores de referencia para la práctica médica varían. En este caso si se fomenta la adopción de tecnologías con un valor predictivo positivo muy bajo y un valor predictivo negativo muy alto, se está sustituyendo una práctica médica centrada en la detección de enfermedades por otra más orientada a certificar la garantía de normalidad (Jovell 2000b). Por otro lado, la promoción de estrategias de cribado en ausencia de intervenciones terapéuticas de eficacia evidenciada cuestiona intervenciones tales como el cribado genético o el del cáncer de próstata.

En una sociedad basada en la democracia parlamentaria la deliberación en torno a los temas relativos al conflicto entre individuo y sociedad, y otros relacionados con la determinación de prioridades ha de ser liderada por la clase política con la participación activa de la sociedad civil. En el caso de que los gobiernos renuncien o difieran en el tiempo el liderazgo de este proceso de deliberación por el presumible coste electoral que representa, debería ser la PM la que se asuma esa responsabilidad social. La no asunción de esa responsabilidad por parte de las profesiones implicadas podría incrementar el

nivel de anomia del sistema, con el consiguiente riesgo de atomización y fragmentación en múltiples grupos de interés. Un **sistema sanitario anómico** podría incrementar el nivel de complejidad de la medicina y, por ende, la responsabilidad que se exigirá a las decisiones atribuibles a la PM.

La sanidad experimenta en la actualidad un cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad y que puede ser un reflejo de la evolución constante y creciente del progreso social y científico.

Adaptarse a los retos derivados de este cambio social obliga a la PM y a las organizaciones que los representan a anticiparse a los mismos mediante el desarrollo de partenariados. Estos partenariados han de estar basados en propuestas de valor específicas deliberadas entre los profesionales y con los diferentes agentes sociales. Esta gestión del cambio social de la PM implica una gestión del conocimiento, de los recursos humanos y de los valores.

III El Médico del Siglo XXI: Reflexiones sobre el futuro de de la profesión médica

“o eres parte del problema
o eres parte de la solución
sino eres paisaje”

Robert de Niro en Robin

Reflexiones sobre el cambio social

1.- La sanidad está expuesta a un proceso continuo de cambio social que modifica y diversifica los valores y las expectativas sociales respecto a la práctica de la medicina. Los fenómenos sociales que determinan este cambio social han sido descritos en este informe como las transiciones sanitarias.

2.- Los fenómenos sociales que caracterizan el cambio social son: el aumento de la longevidad, la disminución de la natalidad, la inmigración, el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, un patrón comórbido de enfermedad, la rapidez del progreso científico, la intensidad del cambio tecnológico, la globalización de la economía, la judicialización de la práctica médica, la mayor presencia de la sanidad en los medios de comunicación, el electoralismo, la aparición de un usuario informado, la desintermediación y el acceso inmediato y universal a la información y al conocimiento.

3.- Las consecuencias de las transiciones sanitarias incluyen: un aumento de la complejidad asistencial, un incremento de la incertidumbre de la práctica clínica, una mayor tendencia a la subespecialización, la diversificación profesional entre las

profesiones sanitarias, la aparición de asociaciones de usuarios, el incremento de los conflictos de intereses, la disponibilidad de una mayor oferta de posibilidades de prestaciones sanitarias y un riesgo de indiferencia o relativismo moral respecto a las consecuencias de los cambios en curso.

4.- El cambio social determina modificaciones de las expectativas y de los valores de la población lo que determina la aparición de necesidades emergentes y, por lo tanto, un aumento de la demanda de nuevas prestaciones sanitarias. Esta variación de las expectativas y necesidades de la sociedad obliga a renegociar el contenido del contrato social implícito entre medicina y sociedad.

5.- La rápida adopción de nuevas tecnologías sanitarias y el incremento de la demanda de servicios sanitarios individualizados determinan un modelo sanitario encuadrado dentro de los conceptos de sociedad del exceso o la abundancia y sociedad de la personalización. Esta situación amenaza la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios modernos al producir una tensión entre el exceso de posibilidades y la limitación de recursos, por un lado, y la búsqueda del equilibrio entre efectividad, equidad y eficiencia, por el otro.

El Médico del Siglo XXI

1.- Los valores son entidades abstractas con una gran capacidad para condicionar conductas y actitudes. El ejercicio de la profesión médica implica tener en cuenta los valores asociados al profesionalismo y respetar los valores propios del sistema sanitario y de los pacientes. Entre los valores propios de las competencias técnica y humanística se incluyen la confianza mutua, la autonomía, la deliberación racional, la rendición de cuentas, el altruismo, la compasión, el compromiso de servicio, la auto-regulación y la responsabilidad social.

2.- El médico del futuro debería tener los valores del profesionalismo como modelo de referencia. Esto implicaría la adopción de múltiples roles profesionales que caracterizan la buena práctica médica y que deberían ser reacreditados de forma periódica. El profesionalismo también supone la asunción de un nuevo modelo de formación y de aprendizaje.

3.- La introducción de las innovaciones en tecnologías de información y comunicación deberían permitir la gestión del conocimiento dentro de los denominados sistemas sanitarios basados en el conocimiento. Este concepto tendría que fomentar el desarrollo de organizaciones basadas en el aprendizaje con la finalidad de promover una cultura basada en la innovación que sitúe la investigación como una estrategia de servicio a la comunidad.

4.- La introducción de las tecnologías de la información y de la comunicación fomentará una transmisión a una velocidad inusual de noticias sobre la sanidad que conducirán a una sociedad en cambio constante, por lo que las transiciones sanitarias nunca finalizarán y el reto de los profesionales será la adaptación y anticipación a esos cambios.

5.- La profesión de médico implica el desarrollo de competencias específicas en torno a la integración de cuidados y de conocimientos, y a la coordinación asistencial acorde con los valores del profesionalismo y actuando como doble agente principal del sistema sanitario. La consolidación de la PM como doble agente

principal del sistema pasa por su capacidad por comunicarse y ganarse la confianza de los pacientes y de la sociedad. En este sentido, el futuro de la PM puede significar el retorno al concepto de médico de cabecera.

6.- Los médicos se han de implicar más en el gobierno de las organizaciones sanitarias como modelos de rol y mentores. Ello vendrá facilitado por la sustitución progresiva de un modelo organizativo vertical y jerárquico basado en castas profesionales por otro más horizontal y heterárquico que valorará las competencias esenciales de la organización en torno a los activos intelectuales de los profesionales. Esta nueva tipología de organización promoverá la introducción de los consejos profesionales, de un modelo retributivo basado en el conocimiento, de la figura del director de conocimiento y de las comunidades profesionales participantes.

7.- La presencia de conflictos latentes de valores entre la profesión médica y entre los médicos y los agentes sanitarios promoverá la adopción de un modelo explícito de contrato social basado en la constitución de partenariados. En estos partenariados se deberían presentar las contradicciones a la sociedad de forma que puedan ser

deliberadas. El objetivo de los mismos será determinar las bases para el desarrollo sostenible de la sanidad a partir de la legitimación social de los procesos de deliberación comunitaria.

8.- Finalmente, la complejidad del cambio social condiciona la implicación de las profesiones sanitarias y de la sociedad en promover una gestión específica basada en el conocimiento de los valores, las expectativas, los recursos humanos y los recursos sanitarios.

El Autor

Albert J. Jovell

Licenciado en Medicina y Cirugía (UB), Diploma en Metodología de Investigación (UB), Licenciado en Sociología y Ciencias Políticas (UAB), Doctor en Sociología (UB); Master of Public Health in Epidemiology, Master of Science in Health Policy and Management, y Doctor of Public Health (Harvard University). Este último título convalidado en España por el MEC como Doctor en Medicina.

Actualmente es Director General de la Fundació Biblioteca Josep Laporte (www.fbjoseplaporte.org) y Profesor Asociado de la Facultad de Medicina y Cirugía de la UAB. Coordinador del Diploma - Master en Evaluación y Gestión de Servicios Sanitarios.

Ha trabajado en la División Médica del Instituto de Investigación Almirall, el Technology Assessment Group de la Universidad de Harvard, como consultor independiente y como responsable de formación e investigación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya.



Referencias

American Board of Internal Medicine. Project Professionalism. Philadelphia, PA: ABIM, 2000

Biermann JS, Golladay GJ, Greenfield ML, Baker LH. Evaluation of cancer information on the Internet. *Cancer* 1999;319:29-32

Bloche MG. Clinical loyalties and the social purposes of medicine. *JAMA* 1999; 281:268-74

Bodenheimer T. The American Health Care system - physicians and the changing medical marketplace. *N Engl J Med* 1999;340:584-8

Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *HBR* 2000; september-october, 102-112

Churchill LR. Rationing health care in America. Notre Dame, I: University of Notre Dame Press, 1987

Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet* 2000; 356:156-159

Daniels N. Just health care. Cambridge: Cambridge University Press, 1985

Daniels N. Accountability for reasonableness: establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ* 2000; 321:1300-1301

Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence-based medicine. A new journal to help doctors to identify the information they needed. *BMJ* 1995; 310:1085-6

Deyo RA. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine -- terrific test or tar baby. *N Eng J Med* 1994; 331:115-6

Dewar S, Finlayson B. Dealing with poor clinical performance: new proposals are ill thought out and more about politics than policy. *BMJ* 2001;322:66

Emanuel EJ, Emanuel LC. The economics of dying. The illusion of cost savings at the end of life. *N Eng J Med* 1994;330:540-4

Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999;282:833-9

Fuchs VR. The health economy. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1986

General Medical Council. Revalidating doctors. Ensuring standards, securing the future. London: GMC, 2000

Griffiths KM, Christensen H. Quality of web based information on treatment of depression: cross-sectional survey. *BMJ* 2000;321:1511-15

Gutmann A, Thompson D. *Democracy and disagreement*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997

Habermas J, *Legitimation crisis*. Boston, MA: Beacon Press, 1975

Ham C. Tragic choices in health care: lessons from the Child B case. *BMJ* 1999; 319:1258-61

Hirschman AO. *Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970

Honigsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmström S. *Priority setting processes for healthcare*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1995

Jadad AR. Promoting partnerships: challenges for the internet age. *BMJ* 1999;319:761-4

Jovell AJ. Temps era temps: la necessitat d'un nou contracte social per la sanitat. *Salut Catalunya* 1995a; 10:51-7

Jovell AJ. De l'Estat a la Societat del benestar. *Salut Catalunya* 1995b; 10:50

Jovell AJ, Aymerich M. *Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad*. Barcelona: Monografia de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1999

Jovell AJ, Aymerich M, García-Altés A, Serra-Prat M. *Guía de práctica clínica del tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter pylori* asociada a úlcera duodenal en la atención primaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, septiembre 1998

Jovell AJ. *Biotecnología y bioética: implicaciones sociales del Proyecto Genoma Humano*. *Quark* 1999a; 15:31-43

Jovell AJ. El usuario informado: ¿utopía, realidad o moda? *Atención al Usuario* 1999b;1:4-6

Jovell AJ. *Medicina basada en la afectividad*. *Med Clin (Bar)* 1999c; 113:173-5

Jovell AJ. *El silencio de los pacientes*. *Rev Rol Enfermería* 1999d; 22:507-10

Jovell AJ. ¡Que investiguen ellos! Políticas de investigación en ciencias de la salud. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* 1999e; núm. 13-14: 109-208

Jovell AJ. *La toma de decisiones y las guías de práctica clínica*. *7DM* 1999f, núm. 400:59-66 (este es el tercer artículo de una serie que incluye: Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. *Guías de práctica clínica FMC* 1995;2:152-5 y Jovell AJ et

al. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en la atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:145-54)

Jovell AJ. Bibliotecas en ciencias de la salud: el futuro de la gestión digital del conocimiento. *Quark* 1999g; núm. 14:24-36

Jovell AJ. [Enred@dos](#) en el [c@os](#): gestión digital del conocimiento en salud pública. *Gac Sanit* 1999h; 13:484-86

Jovell AJ. El futuro de los servicios sanitarios: gestión del conocimiento, de los recursos humanos y de los valores éticos. En: Jovell AJ, Aymerich M. Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad. Barcelona: Monografía de la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1999i

Jovell AJ. Atención-primaria @ conocimiento.es: las bibliotecas virtuales. *Atención Primaria Basada en la Evidencia* 2000a, 7(supl.4) 5-6

Jovell AJ. Diagnóstico prenatal del síndrome de Down: ¿Un modelo de "ITV" para el embarazo? *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000; 2: 84

Jovell AJ. Gobierno cívico: el valor de las políticas sanitarias. *Rev Esp Cal Asistencial* 2001 (en prensa)

Kenagy JW, McCarthy SM, Young D, Barret D, Pinakiewicz DC. Toward a value-based health care system. *Am J Med* 2001; 110:158-163

Ludmerer K. Instilling professionalism in medical education. *JAMA* 1999;282:881-2

Muir Gray JA. Where's the chief knowledge officer? *BMJ* 1998;317:832-3

Office of Disease Prevention and Health Promotion. The clinician's handbook of preventive services. Alexandria, VA: International Medical Publishing, 1994

Parsons T. The social system. New York: The Free Press; 1951

Pellegrino ED. Medical professionalism: can it, should it survive? *J Am Board Fam Pract* 2000;13:147-149

Peters S, Jovell AJ, Garcia-Altés A, Serra-Prat M. Screening and clinical management of prostate cancer: a cross-national comparison. *International Journal of Health Technology Assessment* 2001 (en prensa)

Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Eng J Med* 1980;303:963-70

Ridderstrale J, Nordström K. *Funky Business*. Madrid: Pearson Educación, 2000

- Serra-Prat M, Gallo P, Jovell AJ, Aymerich M, Estrada MD. Trade-offs in prenatal detection of Down syndrome. *Am J Pub Health* 1998;88:551-7
- Shock M. Medicine at the centre of the nation's affairs. *BMJ* 1994;309:1730-3
- Smith R. Renegotiating medicine's contract with patients: The GMC is leading the way. *BMJ* 1998; 316:1622-1623
- Swick H, Szenas P, Danoff D, Whitcomb ME. Teaching professionalism in undergraduate medical education. *JAMA* 1999;282:830-2
- The White House Domestic Policy Council. Health Security Act. Washington: The White House, 1993
- Tallon D, Chard J, Dieppe P. Relation between agendas of the research community and the research consumers. *Lancet* 2000; 335:2037-40
- Wenger EC, Snyder WM. Communities of practice: the organizational frontier. *HBR* 2000; January-February 139-45
- Woolhandler S, Himmelstein DU. When money is the mission - The high costs of investor-owned care. *N Engl J Med* 1999;341:444-46
- Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. *Lancet* 1995; 346:29-32