



VALORES DEL MÉDICO



Fundación
Educación Médica

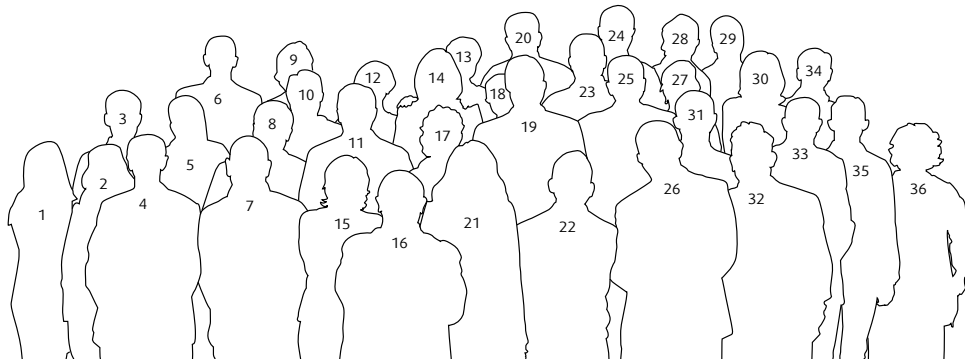




VALORES
DEL
MÉDICO



Participantes en el Encuentro sobre Valores de los médicos, celebrado en septiembre de 2017 en la Escuela de Salud Pública de Menorca. Las bases de la presente monografía se inspiraron en las discusiones de dicho Encuentro.



- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Rodríguez Gay, Carolina | 13. Gomar Sancho, Carmen | 25. Gual Sala, Arcadi |
| 2. Kovacs, Eszter | 14. Pons Pons, Francesca | 26. Repullo Labrador, José Ramón |
| 3. Xarrier Planas, Jan | 15. García Barbero, Mila | 27. de Lucas, Pilar |
| 4. Viñas Salas, Joan | 16. Moreno Sánchez, Carlos J. | 28. Delgado Millán, Miguel Ángel |
| 5. Segura Benedicto, Andreu | 17. Román Maestre, Begoña | 29. López Blanco, Juan Antonio |
| 6. Rodríguez de Castro, Felipe | 18. Gómez, Mandy | 30. Garrido López, Pilar |
| 7. Morlans Molina, Marius | 19. Martin Zurro, Amando | 31. Rodríguez Vicente, José María |
| 8. Carballo Álvarez, Fernando | 20. Palés Argullós, Jordi | 32. Font Celaya, Javier |
| 9. Otero Rodríguez, Antonio | 21. Cámara Gamero, Elena | 33. Monés Xiol, Joan |
| 10. Nolla Domenjó, Maria | 22. Pallarés Neila, Luis | 34. Tornos Más, Enrique |
| 11. de Teresa Galvan, Javier | 23. Martínez Martín, Miguel | 35. Iñarra Navarro, Alejandro |
| 12. Obeso Cáceres, Ana | 24. Rodríguez Velayos, Justino | 36. Lalanda Sanmiguel, Mónica |



VALORES DEL MÉDICO

Editores/Autores

ARCADI GUAL
JOAN MONÉS
MARIUS MORLANS
JORDI PALÉS



Fundación
Educación Médica

© 2019, Fundación Educación Médica

© 2019, de la presente edición, Viguera Editores, SLU

Diseño gráfico: Ombra Torrada

ISBN: 978-84-92931-62-0 (edición digital)

ISBN: 978-84-92931-64-4 (edición impresa)

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España (CC BY-NC-ND 3.0 ES)

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Foto de portada:

U.S. Army photo by Spc. Lance Hartung/Released. 150803-A-BK746-095 ROSEAU, Dominica (Aug. 3, 2015) Cmdr. William Cavill, a native of Wild Rose, Wis., an anesthesiologist assigned to Naval Hospital Pensacola Fla., examines a child before her surgery aboard Military Sealift Command hospital ship USNS Comfort (T-AH 20) during Continuing Promise 2015. Continuing Promise is a U.S. Southern Command-sponsored and U.S. Naval Forces Southern Command/U.S. 4th Fleet-conducted deployment to conduct civil-military operations including humanitarian-civil assistance, subject matter expert exchanges, medical, dental, veterinary and engineering support and disaster response to partner nations and to show U.S. support and commitment to Central and South America and the Caribbean.

Presentación 9

Introducción. ¿Por qué hablar de los valores de los médicos? 15

Valores del médico como persona 23

1. Respeto por la autonomía y dignidad del paciente/persona 27
2. Compasión 39
3. Autoconciencia emocional (reconocer y comprender las propias acciones, las motivaciones personales y las emociones propias; conocerse) 49
4. Receptividad 61
5. Honradez e integridad 71
6. El respeto a las creencias, el respeto a las personas 85

Valores del médico como médico 93

7. Excelencia moral y sabiduría práctica 97
8. Competencia y fiabilidad 107
9. Confidencialidad. No divulgar la información del paciente sin causa justificada 115
10. Medicina y trabajo en equipo 131
11. Comunicar 141

Valores de la profesión que debe asumir el médico 149

12. El ejercicio colegiado de la responsabilidad profesional 153
13. El reto de convertirse en un médico socialmente responsable 163
14. Autonomía: libertad del médico para tomar decisiones de forma independiente para el mejor interés de los pacientes y para el bien de la sociedad 175
15. Autorregulación de la profesión médica: una actividad comprometida y nada fácil 187
16. Compromiso 195



Serafín Romero Agüit

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

En nuestro entorno, la imagen del médico está idealizada y, si somos sinceros, debemos decir que no se ajusta a la realidad. La imagen del médico está más cerca de un modelo que el paciente y la ciudadanía solicitan que de la realidad. La práctica médica ha mejorado en todas sus vertientes menos en la más humana, el cuidado. Es más, no sólo no hemos mejorado, sino que hemos empeorado. Hasta hace cuatro días, mediados del siglo pasado, no era posible llegar al diagnóstico, ni al pronóstico ni disponer de la terapéutica de que disponemos hoy. Sin embargo, quizá porque no disponíamos de los conocimientos ni de los medios de que hoy disponemos, los médicos prestaban mayor atención a las actitudes que, sin lugar a duda, esperaba el paciente de ayer y espera el paciente de hoy.

Tanto nos hemos alejado de aquellas actitudes que no sería extraño oír preguntar a un médico joven sobre a qué nos referimos al hablar de actitudes. Recordar que las relaciones personales son importantes en cualquier entorno de relación es tan obvio como que son fundamentales en la relación médico-paciente. No estamos hablando de conceptos misteriosos, nos referimos a la amabilidad, a comunicar bien, a ser honrado y confiable, a ser un referente y, sobre todo, a tener presente el 'cuidado' del paciente. Estas actitudes poco visibles, difíciles de medir y aún más de enseñar, fueron y siguen siendo una entretela de la práctica médica. Y ¿sobre qué se construyen las actitudes? Sin duda, la respuesta es unívoca: sobre los valores.

Quizá no sea muy correcto criticar la medicina científica y, por supuesto, no lo haré. Sin embargo, todo tiene sus puntos fuertes y sus puntos débiles, y la medicina científica ha dejado de lado, ha descuidado, el cuidado del paciente. Repetimos en conferencias y foros, leemos en la prensa especializada y en las encuestas a la ciudadanía, que el sistema nacional de salud es óptimo, que es inmejorable y que debemos preservarlo. Tampoco seré yo el que contradiga dichas apreciaciones. Pero no olvidemos que es posible decir la verdad dejando escondida la realidad. Las listas de espera, el calvario del recorrido de un paciente que ingresa en un hospital, las pocas o incluso nulas explicaciones que reciben algunos pacientes, la medicalización innecesaria, la compartimentación de las enfermedades de un



paciente ¿son aspectos mejorables de este fabuloso sistema sanitario? Cualquier palabra amable, una acción cariñosa, una sonrisa, un apretón de manos, un contacto persona a persona pueden parecer intrascendentes pero siempre tienen un impacto emocional en el paciente. Reducir el miedo o la ansiedad, lograr estrechar la relación médico-paciente, puede que no sean de por sí acciones curativas, pero son, que no lo dude nadie, una ayuda en la recuperación del paciente.

Nos encontramos en un entorno social y político estrictamente administrado y especialmente dirigido, y el sistema de salud y sus profesionales no son excepciones. Hoy, en la sanidad pública, pero también en la privada, el médico se encuentra acosado por diversas tiranías de las que las guías y protocolos asistenciales, así como los objetivos institucionales que hay que cumplir, son un buen ejemplo. Si bien ambos aspectos tienen una razón de ser sensata y positiva, no debemos desconocer los efectos colaterales, en algún caso abrasivos, que han generado. La desmoralización y la pérdida de interés en la formación dirigida a la excelencia han conducido a un descenso del nivel intelectual de los profesionales. Los objetivos de la institución afectan, lo queramos o no, la relación con el paciente; reconozcamos que este compromiso es en muchos casos positivo, pero admitamos también que no siempre es así. No es una salida de tono afirmar la inquietud de profesionales preocupados por el cuidado del paciente que contemplan cómo la organización prioriza los números, el rendimiento y la consecución de los objetivos sobre el cuidado y la seguridad del paciente. Es en estos momentos cuando es más necesaria la formación en valores de nuestros profesionales. Cuando los valores se asuman y se incorporen al genoma, estaremos más cerca de asignar adecuadamente los siempre limitados recursos y estaremos más cerca del deseado equilibrio entre cuidar y curar.

Pero ¿en manos de quién debe estar el empoderamiento de los profesionales? ¿Quién debe liderar el que los antiguos valores (no hay nuevos valores) emerjan de nuevo? ¿Quién debe hablar de excelencia, integridad, diversidad, oportunidad individual, trabajo en equipo o tradición? ¿Quién debe poner en la agenda el profesionalismo médico? La respuesta es fácil, el mundo profesional es responsable de todo ello.



Llega a mi mesa la iniciativa de la Fundación Educación Médica sobre valores del médico, con la solicitud de prologar dicha monografía. En este momento en el que la profesión es más sabia que nunca en conocimientos (su *philotechnie*) y más débil y acosada en su humanismo (su *philanthropie*), me parece especialmente oportuno hablar de valores. Por tanto, es un honor propiciar y ayudar a difundir este trabajo de la Fundación Educación Médica que ayudará a reflexionar a todos los interesados.

La monografía propone 16 valores que sin duda son oportunos. Podrían ser más, o haber focalizado la atención en otros, pero esto es irrelevante. Cada uno de los valores tratados es de interés en sí mismo y las reflexiones que los diferentes autores, todos reconocidos expertos, exponen son de especial interés para todos los actores involucrados, ya sean profesionales de las ciencias de la salud, instituciones sanitarias o responsables de las administraciones sanitarias. Todos, profesionales, organizaciones e instituciones, tenemos cosas que aprender de las reflexiones que se describen en los diferentes valores de esta monografía. Por mi parte, deseo y espero más. Deseo que todos los actores no sólo lean y aprendan de esta monografía, *Valores del médico*, sino que actúen en consecuencia y propicien que el profesionalismo resurja para beneficio de los pacientes y de la ciudadanía.

Serafín Romero Agüit

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)





INTRODUCCIÓN

¿Por qué hablar de los valores de los médicos?

BEGOÑA ROMÁN MAESTRE



Begoña Román Maestre

Profesora agregada de Filosofía

Vicedecana de la Facultad de Filosofía, Universitat de Barcelona

Begoña Román Maestre es doctora en Filosofía por la Universidad de Barcelona. De 1996 a 2007 dirigió la Cátedra de Ética de la Universidad Ramon Llull. Actualmente es profesora en la Facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona. Es miembro del grupo consolidado de investigación de la Generalitat de Catalunya 'Aporía: Filosofía contemporánea, Ética y Política'. Es presidenta del Comité de Ética de Servicios Sociales de Cataluña, vocal del Comité de Bioética de Cataluña y del Comité de ética asistencial del Hospital Clínic de Barcelona. Su ámbito de especialización es la bioética y la ética aplicada a entornos profesionales y organizativos.

Publicaciones

Libros

Esteban F, Román B. *¿Quo vadis, Universidad?* Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2016. ISBN: 9788491163909.

Román B. *Ética de los servicios sociales*. Barcelona: Herder Editorial; 2016. ISBN: 9788425437878.

Capítulos de libros

Astete C, Román B. Aspectos éticos del aborto (o interrupción voluntaria del embarazo) por malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. En Figueroa García-Huidobro, R, Zegers Hochschild F, Salas SP. *Aborto y derechos reproductivos: implicancias desde la ética, el derecho y la medicina*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales; 2016. ISBN: 9789563143683.

Camacho I, Carrasco JM, Román B. De la priorización de las áreas de interés en la investigación y su aplicabilidad. En *Ética, salud y dispendio del conocimiento*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas; 2016. Vol 38.

Román B. La ética del discurso en la bioética. En Ferrer JJ, Lecaros JA, Molins R. *Bioética: el pluralismo en la fundamentación*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2016.

Román B. El reconocimiento mutuo: por una ética de los servicios sociales. En García-Marza V, Martínez E, Lozano JF, coords. *Ética y política. Homenaje a Adela Cortina*. Madrid: Tecnos; 2018. p. 383-94.

Revistas

Román-Maestre B. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medicina Paliativa* 2012; 69: 1-7. ISSN: 1134-248X.

Román, B. Los comités nacionales de bioética: tomándoselos en serio. *Jurisprudencia Argentina* 2013; IV: 45-51.

Román B. Tomando en serio el respeto al paciente: una cuestión 'compleja'. *Revista de Medicina y Atención Primaria* 2013; 7: 6-10. ISSN: 1989-6832

Royo-Bordonada MA, Román-Maestre B. Towards public health ethics : the launch of Public Health Reviews. *Annual Review of Public Health* 2015; 36.

Román-Maestre B. Gestación por sustitución, cuestión de legitimidad. *Folia Humanística* 2018; 8: 24-41.



INTRODUCCIÓN

¿Por qué hablar de los valores de los médicos?

Porque no hay que dar por supuesto los supuestos

Los médicos tienen vocación y conciencia de servicio desde la misma elección de sus estudios, que, por cierto, duran toda la vida. La médica es una profesión que se inicia con un juramento impregnado de valores, e Hipócrates sigue esencialmente estando vigente. Por tanto, a alguien le podría resultar extraño que un colectivo como el de la profesión médica tuviera que responder a la cuestión que nos ocupa. Y, sin embargo, no podemos dar por supuesto los supuestos. No podemos suponer que esté tan claro que los médicos tienen valores y cuáles sean éstos. Además, en el juramento hipocrático hay mucho contexto histórico y, más allá del principio de beneficencia y no maleficencia, poca o nula alusión hace a la justicia y al respeto a la autonomía del paciente. Es la suya una visión del s. V a. de C., muy bilateral, el médico y el paciente, y en relación asimétrica y paternalista.

Mucho ha llovido desde entonces. Hoy el médico debe ganarse la autoridad, pues muchos pacientes

no la conceden *a priori*. Su autoridad es puesta en duda hasta en el dominio de su materia. En efecto, los pacientes llegan con información, como mínimo extraída a golpe de clic por internet, y, aun así, el médico tiene que trabajarse la alianza terapéutica: el paciente viene porque le necesita y quiere confiar en él. Cada paciente es un mundo que el médico debe explorar.

Había, en tiempos pasados, una visión de la naturaleza como un todo equilibrado del que se formaba parte. El médico se autoconcebía como un acompañante del proceso natural, curaba la naturaleza, un poco la ciencia, y lo que era imprescindible era sentarse al lado (asistir), acompañar, comprender. Era una medicina más holística, el paciente estaba dentro de ese todo natural, y la enfermedad era una disfuncionalidad, un desequilibrio en la historia de una vida. Se aceptaba que siempre vencía la muerte y se asumía el dolor como parte de la vida.

Hoy las expectativas respecto de la medicina seguramente son exageradas. Es una medicina, a veces, en exceso tecnificada, en una sociedad que se quiere indolora y que ha dejado a las personas sin resistencia íntima. Es una medicina



que tiene un claro componente de ciencia y de evidencias; sabe más de causas y efectos; entiende de diagnósticos y tratamientos clínicos. No obstante, sigue siendo necesario el arte de cuidar y de la conversación. Hay que entender, diagnosticar y tratar, por supuesto, pero también cabe abrazar, comprender, desde la ignorancia y desde los misterios que son las personas y sus circunstancias.

Porque con tanto medio y posibilidades, el centro se desplazó, desde el cuidar al curar; desde la persona a la técnica; desde la integridad a lo biológico. Y desde la modestia a la potencia e incluso la prepotencia

Por eso no es de extrañar que en los años ochenta del siglo pasado un psiquiatra tuviera que recuperar la vertiente integral de las personas proponiendo el modelo biopsicosocial. Por eso no es de extrañar tampoco que devenga una moda la atención centrada en las personas. Porque con tanto medio y posibilidades, el centro se desplazó desde el cuidar al curar; desde la persona a la técnica; desde la integridad a lo biológico; y desde la modestia a la potencia e incluso la prepotencia.

El modelo biopsicosocial que reivindicó Engels y hoy se concreta en la demanda de una medicina centrada en el paciente exige del médico una apertura y una humildad. La atención es para el otro y por otro. Esa atención es más que pasar consulta, encontrar el diagnóstico y el tratamiento. La persona es ella y su circunstancia; ni el tiempo que se pasa con el paciente ni la historia que escriben varios profesionales convierten la relación en íntima; se requiere

además tiempo que tampoco tienen. Quizás los médicos de medicina familiar y comunitaria pueden lograr más conocimiento de la vida de sus pacientes.

La era mediática y de las redes sociales (desde donde los pacientes valoran públicamente la calidad y calidez de un médico), de las historias compartidas, de trabajo en equipo, hacen de la práctica de la medicina una cuestión más compleja que hace tan sólo 15 años. La relación asistencial ha cambiado, el entorno también. Y todo ello con condicionantes organizativos que tampoco debemos desconsiderar. Así, por ejemplo, la confidencialidad ya no queda registrada en la memoria del médico y en el acto íntimo que es la consulta; hay historia clínica compartida; hay más profesionales interviniendo, médicos o no; y el paciente quiere participar en esa toma de decisiones.

Ser buen médico exige más que dominar la técnica

Pero ser buen médico exige más que dominar la técnica. A veces creemos que es cuestión de recursos, de más tiempo; y en muchas ocasiones es así, y se resuelven muchos conflictos con el paciente. Sin embargo, en otros casos, la dificultad reside en haber olvidado, por ejemplo, que la justicia tiene que ver, sí, con eficacia y eficiencia en la distribución de recursos, equitativamente y según las necesidades de los pacientes, pero que la justicia es también reconocimiento. Y el reconocimiento no es meramente clínico, biológico, sino de trato y tratamiento a la persona por ser quien es, alguien único, original, que se halla en condiciones de



algún tipo de vulnerabilidad por problemas de salud y necesita confiárselo a alguien.

No se trata de caer en derrotismo ni en nostalgias patológicas. La medicina refleja la sociedad en la que se ejerce. Se trata más bien de recuperar lo que se extravió: descubrimos el valor de las cosas cuando las estamos perdiendo. Hay que poner al día los nuevos derechos y deberes de todos los que intervienen, porque lo que sigue siendo nuclear es la necesidad de confianza en los médicos, para lo que es necesaria su preparación técnica y humana.

Siempre necesitaremos de médicos que nos cuiden. Desde el momento en que una persona se presenta como médico, sabe que se espera algo bueno de él. Incluso el dar malas noticias debería generar un sosiego, porque los pacientes se sienten acompañados, ya que el médico llegó y se ocupa de, al menos, paliar y aliviar. Los valores por los que los médicos se quieren caracterizar, el *ethos* del médico, siempre precisa espíritu crítico, preparación técnica, conciencia de pertenencia a una tradición ancestral que se juega su credibilidad en cada generación de médicos.

Establecer los valores de los médicos es tarea clave para mantener la confianza en la tradición

Cuidar el cuidado no es sólo una cuestión de bienestar de la cultura, es también cuestión de su sostenibilidad. En las sociedades contemporáneas, plurales, aceleradas, del conocimiento y con conciencia del deber de respetar la autonomía del paciente, en un entorno muy tecnificado y en una medicina gestionada con recursos finitos,

establecer los valores de los médicos es tarea clave para mantener la confianza en la tradición.

La médica es una profesión de alto riesgo: trabaja en entornos de alta vulnerabilidad; en sociedades muy cambiantes; con pacientes muy diversos que tienen en común la necesidad de verse confortados por la palabras y obras de los médicos. Y todo ello con prisa. Por eso el médico debe saber pedir permiso y perdón para entrar y salir; para hacer, dejar de hacer y corregir. Qué importante es tomar conciencia de todo ello y no sucumbir a las inercias mecánicas y burocráticas de hacer, de hacer que hagan, e incluso, a veces, de hacer sin pensar ni penar por el que sufre, dando demasiadas cosas por supuesto. Por todo esto no deberíamos dar por supuesto que compartimos los supuestos.

Porque los valores se encarnan en personas y se transmiten con prácticas

Los valores se juegan y se la juegan en la ejemplaridad

Los valores no son una cuestión platónica, de meros ideales a los que tender: los valores se encarnan y se institucionalizan. Si no toman cuerpo, se evaporan, en la sociedad líquida y gaseosa, en rituales, cartas y códigos bienintencionados. Los valores se juegan y se la juegan en la ejemplaridad (Gomá, 2009). La decencia de la profesión pasa por la de cada uno de sus miembros. El juramento hipocrático es



el rito que les recuerda a los médicos lo que se espera de ellos. Pero el juramento del s. V a. de C. no les dice en cada caso cuál es la mejor manera. Jerarquizar, priorizar, deliberar, adecuarse al caso, exige más que códigos de conductas. Como hay que adecuarse al caso, centrarse y concentrarse en el paciente, hay que esquivar la arbitrariedad, incentivando la discreción prudencial. Y eso es sabiduría práctica.

Los valores sirven cual faros para iluminar el camino; son como brújulas que orientan al médico y a los que a ellos van o con los que trabajan, y ajustan lo que se puede esperar de ellos. Los valores han de ser explicitados; hay que enseñar a encajarlos al caso particular, y hay que actualizarlos en la jerarquía adecuada. Se aprenden observándolos en otras personas y practicándolos. Una cosa es tomar conciencia de ellos, y otra, qué se hace con ellos.

Los médicos siempre han sido conscientes de la importancia de contar con la confianza del paciente; por eso les resulta difícil entender la proliferación en nuestras sociedades occidentales de las *para/pseudomedicinas*, terapias alternativas, e incluso que el paciente se enfade con ellos hasta el punto de insultarlos o agredirlos. Hoy, la autonomía del paciente y la perspectiva más integral y centrada en aquél exigen que el médico tenga que trabajarse la alianza terapéutica. Y eso depende, en primer lugar, de él: la empatía, la cortesía, la prudencia, la discreción, etc., son valores que cuajan en hábitos, en maneras de hacer y ser. Por eso los griegos hablaban de virtudes.

Hoy, la autonomía del paciente exige que el médico tenga que trabajarse la alianza terapéutica

En la tradición de la filosofía moral, no eran los valores lo que principalmente preocupaba, eran las virtudes. El término valor, entendido como la característica considerada positiva, deseable, apreciada, es relativamente tardío. En filosofía moral, el término valor va sustituyendo al de virtud. En medicina no fue así, era frecuente hablar de las virtudes del médico. La antropología liberal, sin embargo, convirtió la virtud en habilidades y destrezas técnicas.

Hay que combatir una manera de entender la profesión en exceso individualista y en exceso jerárquica respecto a las otras profesiones que intervienen, y colaborar con el equipo y la red sanitaria y social. Ese médico autónomo liberal que tenía su consulta privada es difícil de mantener en los entornos de la medicina gestionada contemporánea. La técnica y el contrato liberal deshumanizaron la medicina al dar por supuesto que son dos humanos, el médico y el paciente, que se encuentran, estando uno de ellos necesitado de los conocimientos del otro y de que le comprenda en su vulnerabilidad. No son dos autonomías autosuficientes. La autonomía del paciente es además relacional: el médico se debe entender con el paciente y su familia; y con los otros médicos con los que debe trabajar en equipo sin cuestionar el buen hacer de cada uno de ellos.

El médico debe ser servicial; debe escuchar e intentar comprender al paciente en sus circunstancias; si no es servicial, si no tiene



valores, al ser esta una cuestión nuclear, todo el sistema sanitario se resiente. El médico es un referente moral lo quiera o no, por ello es crucial contar con referentes que emular. Un mal médico no lo es sólo porque no sabe la técnica, sino porque falla su persona. Se cuida con todo, se cuida con las técnicas y tratamientos, se cuida con las formas, las miradas, las palabras, las relaciones. Practicar los valores es un ejercicio de desarrollo y de autoconocimiento personal que al médico se le debe facilitar. Los valores tienen que encarnarse; y para practicarse tienen que respirarse en el ambiente.

**Los valores tienen que encarnarse;
y para practicarse tienen que respirarse
en el ambiente**

No es suficiente con la deontología profesional, porque los cambios son muy grandes y acelerados, y los pacientes, muy variados. Desarrollar una capacidad de empatía y de deliberación va a depender de la voluntad del médico, de la consciencia de pertenencia a la profesión, del encaje de su ejercicio en la organización donde preste sus servicios y de la sociedad donde ocurre todo ello.

Hay que poner énfasis en la formación en valores de los médicos en la universidad, en las sociedades, y en las organizaciones donde va a ejercer. No hay médicos sin pacientes; ni pacientes ni médicos sin estructuras que permitan su encuentro. El médico no trabaja solo, necesita muchas estructuras y recursos que faciliten su labor (desde otros profesionales hasta equipos informáticos y técnicos). El médico hace sobre todo siendo. Por eso es importante subrayar que

los valores, en círculo virtuoso y hermenéutico, son del médico, mas también de las instituciones que le acompañan.

Porque se precisa toda una cultura

Hace falta una cultura que vele por acompañar al médico en su proceso de llegar a serlo y en el proceso de que su ejercicio no lo corrompa

En las facultades de medicina hemos introducido asignaturas de bioética, deontología y derecho. Mas no basta con la buena voluntad, ni siquiera con la vocación de médico o con impartir esas asignaturas. Hace falta una cultura que vele por acompañar al médico en su proceso de llegar a serlo y en el proceso de que su ejercicio no lo corrompa. La cultura sanitaria, tan gestionada, tan exigente, tan demandadora, puede que ponga en peligro esos supuestos, por eso era importante hablar de ellos y explicitarlos. Cuando hablamos de los valores, creemos que es un tema personal, de ética de la persona del médico. Sin duda lo es; pero depende del anclaje en la tradición y en la cultura de la organización. No se trata tampoco sin más de sentido común; este no deja de ser un sentido cultural que se forja en una comunidad que trasmite capacidad reflexiva y deliberativa.

Como la formación del carácter de los médicos es una formación en virtudes y ésta depende de



la cultura comunitaria, es crucial cómo ésta les acoge y acompaña. El acompañamiento que recibe el estudiante en la facultad en la que se forma; la tutoría que en ella recibe y durante la formación práctica, así como la involucración del estudiante en todo su proceso, son trascendentales. De ello dependen muchos factores: la razón de ser de las facultades (formar buenos médicos); la motivación y autoconfianza del médico (se sabe preparado y con ganas) y los pacientes de esos médicos (eficiencia de su labor); y la sociedad en general (la salud). El tiempo en la facultad, en el período de la residencia, y luego en el ejercicio profesional, son las circunstancias propicias para ir adquiriendo los valores del médico. La conciencia de pertenencia a la comunidad es orgullo y cuidado de esa tradición. Y no cabe duda de que hay un gran orgullo de pertenencia a la profesión médica.

La selección de los médicos es muy exigente intelectualmente y muy demandante durante todo su ejercicio profesional. Se trata de que pasen con suficiencia test de competencias cognitivas y de aptitudes resolutivas, pero también es importante la pasión que ponen, el cuidado que ofrecen y la responsabilidad que aceptan. Para saber estar, exponerse al otro que interpela en su vulnerabilidad y ponerse a su servicio, hay que ser persona generosa: sólo la generosidad genera.

El médico no va a poder dar lo que no es, y qué sea depende también del acompañamiento que haya recibido, de los referentes que haya tenido, del trato y acogida que haya recibido. El peligro de olvidar los fines, las razones de ser de la profesión, radica en crear cuerpos de técnicos altamente especializados sin rumbo: un cuerpo de profesionales expertos en técnicas, pero sin alma ni ánimo: la mecánica y la burocracia no cuidan.

El médico debe estar a la altura de la confianza y la responsabilidad en el encargo que la sociedad le hace. Se trata de un compromiso ético con la profesión y tradición que representa, no de una mera opción. El juramento hipocrático le recuerda que es un deber impregnado de vocación y afecto. Por eso, el médico necesita educación emocional, pues tan importante son los componentes racional y técnico curricular, como el carácter afable y cordial; porque el médico tiene temperado el carácter y los afectos, será efectivo en el acompañamiento integral de sus pacientes y compañeros de equipo.

La función de médico es imposible sin vínculos, sin círculos de confianza

La función de médico es imposible sin vínculos, sin círculos de confianza. Por eso tan importantes como las supervisiones y las sesiones clínicas son las deliberaciones y reflexiones éticas. Es importante que el médico disponga de espacios donde poder reflexionar, deliberar y ponderar la mejor decisión en casos de complejidad en el trato con los pacientes, los compañeros, los visitantes médicos, etc. Esta acogida afianza la conciencia de pertenencia a una comunidad y retroalimenta la motivación, que redundará en la calidad asistencial.

La comunidad y la cultura que siembra esas condiciones sociológicas y psicológicas son trascendentales para la formación de los médicos. Ser buen médico es responsabilidad también de la facultad y de las instituciones sanitarias de formación especializada que capacitan y comunican a la sociedad que les ha formado bien integralmente, no sólo informado; como también



es responsabilidad de las organizaciones que les contratan, para que no dañen a quienes reciben, para que no erosionen, durante la práctica profesional, perdiendo lo esencial y nuclear de la profesión. Debemos formar y contar con médicos íntegros y serviciales, no sólo con cerebros ni con meras vocaciones. Y no dejar este aspecto importante, como es el de los valores, a las idiosincrasias o talentos personales.

Bibliografía

Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Constitucionales; 2002.

Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.

Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-44.

Engelhardt HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós; 1995.

Esquirol JM. *La resistencia íntima*. Barcelona: Acantilado; 2015.

Gadamer G. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa; 2011.

Gomá J. *Ejemplaridad pública*. Madrid: Taurus; 2009.

MacIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica; 1987.

Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Inst Ethics J* 1995; 5: 253-77.

Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press; 1983.





VALORES DEL MÉDICO COMO PERSONA

Coordinador

ARCADI GUAL

Expertos colaboradores de la sección

NÚRIA TERRIBAS I SALA

LYDIA FEITO GRANDE

MARIA NOLLA DOMENJÓ

ANTONIA SANS BOIX

JORDI PALÉS ARGULLÓS

MONTSE ESQUERDA ARESTÉ



— 1 —

Respeto por la autonomía y dignidad del paciente/persona

NÚRIA TERRIBAS I SALA



Núria Terribas i Sala

Licenciada en Derecho. Jurista, especializada en bioética, directora de la Fundació Víctor Grifols i Lucas

Directora de la Fundació Víctor Grifols i Lucas.

Directora de la càtedra de bioètica de la UVIC-UCC.

Vicepresidenta del Comitè de Bioètica de Catalunya (desde 2009).

Miembro del Consell Assessor de Salut – Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (desde 2018).

Miembro del Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari (CASost) de la Generalitat de Catalunya (desde 2013).

Miembro y secretaria del Comitè Nacional de Bioètica d'Andorra (desde 2013).

Miembro y asesora legal de los comités de ética asistencial de:
– Althaia Xarxa Assistencial de Manresa
– Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)
– Grupo Mutuam (Barcelona)

Miembro del Comitè de Directores de la European Association of Centres of Medical Ethics (EACME) (2001-2014).

Miembro de la European Clinical Ethics Network (ECEN).

Responsabilidades anteriores de mayor relevancia:

Directora del Institut Borja de Bioètica (Universitat Ramon Llull) 1999-2014.

Coordinadora y docente del Màster *Universitari en Bioètica* de la URL y de la formación de postgrado en Bioètica que impartía el IBB-URL (1997-2014).

Docente del Grau d'Infermeria de Ciències de la Salut Blanquerna – URL (2012-2015).

Directora de la Revista *Bioètica & Debat* (1995-2008).

Publicaciones

Terribas-Sala N. Derechos del paciente. En Beca JP, Astete C, eds *Bioética clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012. p. 178-91.

Terribas-Sala N. Toma de decisiones en el paciente incompetente. En Beca JP, Astete C, eds. *Bioética clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012. p. 205-19.

Terribas-Sala N. Autonomia i voluntats anticipades. En CAMFIC, ed. *Dilemes ètics del metge de família en l'acompanyament fins la mort*. Barcelona: CAMFIC; Institut Borja de Bioètica; 2013.

Peguero E, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Roman B, Prieto CM, Terribas N. The workers opinions have a value in the Code of Ethics: analysis of the contributions of workers in virtual Forum Catalan Institute of Health. *BMC Med Ethics* 2015; 16: 90.

Terribas-Sala N. Estàndards ètics i legals de la recerca en biomedicina i biologia. *Revista Treballs de la Societat Catalana de Biologia*; monogràfic de bioètica (2017). DOI 10243620150102169.

Terribas-Sala, N. Paternalismo vs. libertad en el caso de los menores. *Cuaderno n.º 52 de la Fundación Víctor Grifols i Lucas*. (En prensa, 2019).

Lasmarias C, Aradilla-Herrero A, Santaeugènia S, Blay C, Delgado S, Ela S, et al. Development and implementation of an advance care planning program in Catalonia, Spain. *Palliat Support Care* 2019; 17: 415-24. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000561>.

Respeto por la autonomía y dignidad del paciente/persona

Definición y delimitación del 'valor' y ámbito de desarrollo

El respeto a la dignidad del paciente debe ser considerado el fundamento y pilar básico del respeto a todos los demás valores de la profesión médica. A pesar de la dificultad de definición del concepto 'dignidad', con múltiples facetas, podríamos dar por buena la que la concibe como el valor inherente al ser humano en tanto que ser racional, dotado de libertad y poder creador y transformador, y que le permite modificar su vida con sus decisiones libres. Se trata de una cualidad intrínseca de la persona por el simple hecho de ser persona, y a su vez sería un constructo ético que debe ser dotado de contenido en primer lugar por el propio sujeto y luego por la sociedad y el entorno en el que éste se desarrolla.

Del concepto 'dignidad' derivan otros valores fundamentales, como la libertad personal, en la que se basa la autonomía, o la concepción de 'calidad de vida' en tanto que percepción

subjetiva del individuo. Como sociedad tendemos a establecer parámetros objetivos que nos permitan objetivar la calidad de vida, pero no podemos perder de vista que antes que nadie debe ser el propio individuo quien debe valorar lo que es para él calidad de vida, especialmente en el contexto de enfermedad o vulnerabilidad por razones sociales y de salud.

Del concepto 'dignidad' derivan otros valores fundamentales como la libertad personal, en la que se basa la autonomía, o la concepción de 'calidad de vida' en tanto que percepción subjetiva del individuo

Es tarea del médico indagar también en esa percepción subjetiva e individual de la 'dignidad' y de la 'calidad de vida'. En un mismo contexto, una persona puede percibir su situación vital como plenamente digna y otra persona no, con distintos niveles de tolerancia al dolor, a la necesidad de apoyo, etc.



La medicina tradicionalmente se ha arrogado la potestad de definir e identificar la 'calidad de vida del paciente' desde parámetros objetivos, estableciendo escalas de dolor, de discapacidad, de competencia, identificando actividades de la vida diaria para etiquetar niveles de dependencia, pero la mayoría de las veces sin tener en cuenta cuál era la percepción subjetiva de la persona de esa 'calidad de vida' o 'dignidad de su situación vital'.

Dentro de la misma lógica, la relación clínica tradicionalmente se ha basado en un patrón 'paternalista beneficiante' en el que el médico, junto con otros profesionales sanitarios, tomaba las riendas del proceso de salud del paciente, decidiendo por él, aplicándole los tratamientos y cuidados que a criterio profesional eran los más indicados y en su mejor beneficio. Además, en esa relación asimétrica, el paciente depositaba toda su confianza en el médico, sin cuestionamiento alguno, haciendo buena su condición de *infirmus* (falta de firmeza física y psicológica), que justificaba toda intervención médica sin información ni opinión del paciente.

En la segunda mitad del siglo xx se han formulado los derechos del paciente

En las últimas décadas estamos viviendo un evidente cambio de paradigma en la relación clínica que ha venido de la mano del desarrollo de la bioética y también del reconocimiento de los derechos de la persona en distintos ámbitos de su vida (derechos civiles, sociales, políticos, laborales...). El contexto de salud y enfermedad

no ha sido ajeno a ello, y hemos visto a partir de la segunda mitad del siglo xx cómo se han formulado los derechos del paciente, inicialmente en documentos universales de referencia surgidos del contexto de la investigación –Declaración de Helsinki (1964) e Informe Belmont (1978)– y posteriormente en Cartas de Derechos del Paciente, no vinculantes (la primera en España fue en 1983 en Cataluña), y luego en distintas normas jurídicas con rango de ley. Del mismo modo, se han recogido en los códigos deontológicos de las distintas profesiones sanitarias, actualizándose su contenido.

Así, el valor de la autonomía personal, como expresión del principio de respeto a la persona, cobra protagonismo paulatinamente y su reconocimiento explícito en el derecho positivo supone un punto de inflexión, recogándose por primera vez el derecho a la información y al consentimiento informado como requisito indispensable en las actuaciones médicas (Ley General de Sanidad 14/1986). Aun así, la dinámica de los profesionales y las instituciones sanitarias se ha adaptado a dicho requerimiento, más por imperativo legal que por deber ético. Se ha dado mucha importancia al cumplimiento del consentimiento informado como obligación formal, que debe quedar registrado en la historia clínica. Los médicos y las instituciones para las que trabajan consideran esencial poder acreditar documentalmente el cumplimiento del consentimiento informado, con la firma del paciente, por un lado, como ítem de calidad asistencial que debe tener un porcentaje alto de cumplimiento, y, por otro, como instrumento de defensa jurídica para el médico en acreditación de su buen hacer.



Sin embargo, si realmente se integra el valor del respeto a la autonomía del paciente en la profesión, en cuanto a deber ético más allá de deber legal, su contenido va mucho más allá de la hoja informativa y firma del consentimiento sin más.

La autonomía del paciente en la profesión va mucho más allá de la hoja informativa y firma del consentimiento

Autonomía etimológicamente significa darse a uno mismo la norma o pauta de conducta –‘*auto nomos*’–. Las personas alcanzamos esa capacidad conforme vamos desarrollando nuestra propia madurez moral e intelectual. Una parte de ese desarrollo viene determinada por la edad y la evolución del sujeto, factores que ya han analizado extensamente las teorías de la psicología evolutiva, y que con criterios generales se alcanza a una determinada edad, variable en función del sujeto; pero también son elementos esenciales en ese desarrollo la biografía personal y lo vivido, lo que configura los valores vitales del sujeto, lo que llamamos ‘historia de vida’ y que sin duda conforma el sustrato más básico a partir del cual cada persona construye su propia autonomía. Esa autonomía, que parte de la libertad de elección, lo que cada uno escoge pensando que es bueno para él, no está exenta de condicionantes. Por un lado, la vulnerabilidad del que se sabe enfermo o necesitado de ayuda por razón de salud –aunque sea en el ámbito preventivo–, y al que le falta un elemento esencial para ejercer de forma auténtica su autonomía: la información. Sin información no puede haber

aceptación o rechazo consciente de algo (propuesta terapéutica o diagnóstica) que afecta tan íntimamente a algo como el propio cuerpo o la integridad física. Existe, pues, un deber inicial e insoslayable del médico de informar al paciente para facilitar el ejercicio de esa autonomía. Y esa información debe ser adecuada al interlocutor, entendible y veraz sin generar falsas expectativas. Esos atributos no los garantiza un papel escrito, como suele ser el consentimiento informado, en el que no hay interlocutor a quien interpelar, a quien consultar la duda o ante quien mostrar temor a lo desconocido o que conlleva riesgo. Ése es el auténtico papel del médico ante su paciente, a quien debe acompañar en el ejercicio de su autonomía, sin imponer, sin usurpar su papel decisor, pero estando a su lado compartiendo ese proceso. Por eso en el contexto actual de la práctica médica hablamos de ‘decisiones compartidas’ o, mejor aún, deberíamos hablar de ‘decisiones acompañadas’, dado que la decisión debe ser del paciente, pero con el acompañamiento profesional si así lo necesita.

En el contexto actual de la práctica médica hablamos de ‘decisiones compartidas’ o mejor aún deberíamos hablar de ‘decisiones acompañadas’

Este cambio de paradigma no es todavía una realidad generalizada en nuestro modelo de relación clínica y, aunque llevamos décadas desde la bioética trabajando para ello, la inercia de generaciones de médicos que se han formado y han vivido el modelo paternalista pesa aún



en exceso. Hay que seguir trabajando en ello, también desde la academia en la formación universitaria, dando a estos contenidos el peso que merecen.

Relaciones con otros valores/ principios similares

El valor del respeto a la persona, esencialmente en su dignidad, entronca con todos y cada uno de los valores de la profesión que se recogen en la presente monografía si enfocamos el ejercicio profesional como servicio a las personas a las que atendemos. Pero, más específicamente, desde la vertiente del respeto a la autonomía de la persona, podríamos vincularlo claramente con el valor de la comunicación y la confidencialidad.

Describía anteriormente la importancia de un buen proceso de información y comunicación con el paciente a fin de hacer posible una toma de decisiones correcta y con todos los elementos indispensables. El ejercicio de la autonomía personal en las decisiones sanitarias requiere esa buena información, para salvar así la asimetría existente entre el médico y el paciente. En esa tarea informativa, una correcta comunicación, con empatía y con voluntad de ‘acompañar’ al paciente en su proceso, es esencial. Hay profesionales que ya tienen dotes naturales para hacer un buen proceso de comunicación, pero no todo el mundo; aun así, hay que recordar que las habilidades comunicativas también se aprenden y es un deber del médico formarse en esta faceta, formación que debería proporcionar

la universidad en la carrera, y que seguramente la escasa dedicación a la entrevista clínica y poco más, que tenemos actualmente, no es suficiente. Debería darse mayor importancia a esta cuestión, pues, entre otras cosas, un porcentaje elevado de reclamaciones y quejas en nuestros centros sanitarios se deben a la percepción de ‘maltrato asistencial’ que tiene el paciente y/o su familia, a menudo generado por un mal proceso de información y comunicación. No respetamos la dignidad y la autonomía del paciente sin una información adecuada y un proceso de comunicación correcto..

No respetamos la dignidad y la autonomía del paciente sin una adecuada información y un correcto proceso de comunicación

Por otro lado, el deber de confidencialidad del médico respecto a la información de la que dispone sobre sus pacientes es otro elemento básico que hay que preservar dentro del respeto a la persona y a su dignidad. El respeto a la confidencialidad y el deber del secreto profesional son fundamento de la profesión ya explicitados en el juramento hipocrático y replicado en todos los códigos deontológicos, no sólo del médico, sino de todas las profesiones sanitarias. Si un médico, por muy buen profesional que sea en su especialidad, no tiene claro su deber de secreto para con sus pacientes, no da importancia a la necesidad de manejar con cuidado la información, haciendo un uso de ella exclusivamente para su tarea asistencial, extremando la cautela en los medios. En que es



compartida con otros profesionales, no es un buen médico y falla en un elemento clave en la relación médico-paciente, como es la confianza.

La relación clínica se basa en la confianza (*confides*) que deposita el paciente en él, creyendo que todo lo que compartirán quedará protegido y no a expensas de cualquiera. Es obvio que hoy en día trabajamos en equipo, con medios técnicos para compartir de forma ágil la información (historia clínica compartida, medios de *e-salud*, telemedicina, etc.), pero ello no obsta a que se tenga claro y presente el uso restringido de la información, el no compartirla con quien no sea agente implicado, el hecho de encriptarla protegiendo la identidad del paciente siempre que sea posible, entre otras cautelas.

Un buen médico que respeta a su paciente en su dignidad y su autonomía debe ser también muy consciente de su deber de confidencialidad.

Importancia en la persona/ profesional/sociedad

Para un médico el respeto a la persona a la que atiende, en su dignidad y a su autonomía, es uno de los primeros deberes éticos y deontológicos a exigir, además de ser también un requerimiento legal. Nuestra sociedad tiene en alta consideración el sistema sanitario y a los médicos en particular como actores principales del mismo. Así, valora como muy importante los aspectos relacionados con el trato, la información y la toma en consideración de la opinión del

paciente y así lo demuestran las encuestas de satisfacción que se realizan, p.e. en Cataluña, y cuyos resultados son útiles para identificar puntos débiles a mejorar.

Tradicionalmente la figura del médico como profesión, junto con la de otros actores sociales importantes (maestro de escuela, juez, alcalde...) era una de las más respetadas socialmente en las comunidades, especialmente en entornos rurales o pequeñas ciudades. En nuestros días, con el desarrollo de la medicina y de los modelos de atención, la masificación de la asistencia y la superespecialización, hemos caído en una cierta deshumanización de la medicina y en cierta manera, también en una pérdida de prestigio profesional. El médico ya no es muchas veces el referente para el paciente sino que tiene muchos referentes, según de qué proceso se trate, y en ocasiones ni siquiera es el médico en quien más confía el paciente. Es necesario recuperar ese vínculo de confianza mutua y de complicidad, desde una visión más centrada en el compartir y acompañar que en el tutelar o dirigir al paciente. La sociedad demanda del médico ese papel, desde el respeto a su persona y a su protagonismo en la toma de decisiones, y en esa tarea una figura clave debería ser el médico de familia.

Implicaciones en el quehacer diario

El ejercicio del respeto a la persona, a su dignidad y autonomía, debe estar presente en el día a día del médico, sea en la consulta, en el quirófano, en



la exploración diagnóstica. Todo acto médico debe conllevar en sí mismo ese respeto, traducándose en detalles de su actuación que deberían formar parte del quehacer de forma natural, sin necesidad de esfuerzo ni de sobreactuación.

Empezando por la escucha atenta del paciente en una primera consulta o sucesivas, siguiendo por la información veraz y completa que incluya no solo la propuesta terapéutica o diagnóstica que aconseja el médico sino también las alternativas posibles y las consecuencias de no hacer nada, que siempre debe ser una opción del paciente, y acabando con el ofrecimiento de aclaración de dudas, disipar temores sin falsear la información y en definitiva acompañando a la persona en su proceso de decisión. Si uno analiza su día a día profesional se dará cuenta de cuantas situaciones, momentos y acciones se realizan que no cumplen con estos parámetros... desde escuchar al paciente sin mirarle, ya que a la vez debemos ir escribiendo en el ordenador, a actuar sobre su cuerpo mientras conversamos con otros profesionales que participan del mismo acto, sin el respeto debido al paciente o a considerar como vive él esa experiencia, o dar por hecho la toma de decisiones a menudo con la familia o entorno del paciente, sin contar con su opinión, por poner algunos ejemplos.

Debemos admitir que en el quehacer diario del profesional hay innumerables detalles a corregir y mejorar y que poco a poco debe orientarse la praxis médica a un mayor respeto a la persona en todo su contexto y circunstancia. También es cierto que la presión asistencial con la que se trabaja, el stress de determinados servicios, la

exigencia de optimización del tiempo siempre escaso y otras circunstancias, no facilitan realizar la tarea como sería deseable. Aun así, estas condiciones de trabajo, reales y claramente mejorables, no son argumento suficiente para no hacer autocrítica y mejorar muchas dinámicas. Integrar el valor del respeto a la persona pasa necesariamente por hacer a diario dicho ejercicio, con voluntad de cambio y adaptación al nuevo paradigma.

Consecuencias de su falta de consideración

No tener en cuenta el respeto al paciente en la práctica médica supone vulnerar un deber ético esencial

No tener en cuenta el respeto al paciente en la práctica médica supone vulnerar un deber ético esencial. El médico se debe a su paciente, y ello no implica actuar desde una mirada del paternalismo beneficiente de décadas atrás; en coherencia con la evolución de la sociedad, debe considerar al paciente como protagonista de su proceso de salud, en el que el papel del médico debe ser de apoyo y acompañamiento. En la sociedad del siglo XXI de países democráticos que han desarrollado a todos los niveles los derechos de los ciudadanos, con creciente consciencia de los derechos que les asisten en distintas facetas de su vida, y muy especialmente en las



generaciones más jóvenes y que son el futuro de nuestra sociedad, practicar la medicina desde otro patrón que no sea el de respeto por aquél al que se atiende y se ayuda sería estar fuera de contexto, y es éticamente reprobable.

La profesión médica debe avanzar con los cambios sociales no sólo en conocimientos, sino también modificando patrones de conducta.

Otra derivada fundamental de no respetar al paciente quedaría en el plano jurídico. Dado el reconocimiento explícito de los derechos del paciente en la norma (Ley básica estatal 41/2002 de autonomía del paciente y homólogas leyes autonómicas), el incumplimiento del mandato legal podría ser también reclamado ante la justicia. De hecho, tal como se mencionaba antes, un porcentaje muy alto de reclamaciones de responsabilidad al médico están basadas en la falta o deficiente información, ausencia de consentimiento informado en determinadas actuaciones en que es preceptivo o errores médicos con consecuencias negativas no previstas o no informadas. El fundamento de tales reclamaciones es mayoritariamente el incumplimiento del deber jurídico de respeto a la autonomía del paciente, según se recoge en el texto legal.

Así pues, no respetar este valor supondría que el médico actúa de forma éticamente incorrecta a la vez que generando posibles responsabilidades legales que le puedan ser exigidas, con sus consecuencias negativas a todos los niveles.

Beneficios individuales y colectivos de su correcta observación

A contrario sensu, el médico que actúa respetando siempre la dignidad de la persona y su autonomía cumplirá con un patrón éticamente correcto y legalmente responsable. A nivel individual, el médico en toda su actividad tendrá al paciente como centro de la atención, incorporando su opinión en la toma de decisiones y acompañando éstas, respetando su elección aun cuando no la comparta. El paciente verá en su médico el referente para su problema de salud, generando un vínculo de confianza y complicidad mutua que irá en beneficio de ambas partes.

Ahora bien, el respeto a las decisiones del paciente tendrá un límite deontológico que debe mencionarse: el médico no tendrá obligación de seguir indicaciones de su paciente o exigencias que contravengan el criterio de la buena praxis, forzándole a tomar medidas contraindicadas o no justificables. Si tal fuese la exigencia, el médico estará en su derecho de delegar en otro profesional, por pérdida de confianza y vínculo terapéutico con su paciente.

A nivel colectivo, el médico que sea respetuoso con los valores 'dignidad' y 'autonomía del paciente' cumplirá con los estándares éticos y legales exigibles al colectivo profesional. El respeto a estos valores es, a su vez, una legítima reivindicación del ciudadano que espera de sus



médicos que le tengan en cuenta, que respeten su decisión o preferencia, que sean capaces de integrar en las propuestas terapéuticas o diagnósticas los valores vitales del afectado, así como su contexto y necesidades integrales, no únicamente clínicas.

El médico respetuoso con el paciente será un buen médico si además cumple con su responsabilidad de correcta formación, actualización de conocimientos y pericia profesional.

Si todos los médicos actuasen desde estos referentes éticos de respeto, quizás recuperaríamos ese prestigio algo mermado de la profesión y conseguiríamos cotas más altas de bienestar individual y colectivo.

Ideas finales

El modelo de atención al paciente en el que debemos avanzar y consolidar es aquél que pone como primer valor y esencial el del respeto a la persona. Respeto en su dignidad personal que sólo uno mismo puede definir desde la subjetividad y percepción individual del propio proceso de salud o de enfermedad. Es deber del médico explorar en esa percepción subjetiva y partir siempre del máximo respeto a la autonomía del sujeto que se concretará en la toma de decisiones. En ese proceso, que culmina con el ejercicio de la autonomía personal, el médico tiene el deber ético y legal de acompañar con adecuada información y correcta comunicación,

generando confianza y complicidad con el paciente. No puede ni debe imponer criterio ni pretender condicionar la voluntad de la persona, aunque sí aconsejarle en su mejor beneficio y de forma honesta y transparente, mostrando siempre un respeto a su persona y decisión, incluso cuando no se esté de acuerdo con ella.

Estamos aun en proceso de cambio hacia ese paradigma, que requiere cambios de mentalidad y de dinámicas de trabajo, además de condiciones mejores (tiempo, espacio, formación...), para poder alcanzar esa excelencia profesional.

Bibliografía

Arimany-Manso J, Clos-Maso D, Benet-Travé J. Defecto de información en las reclamaciones por responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)* 2015; 145: 49-96.

CatSalut. Servei Català de la Salut (2019). Reclamacions i suggeriments. URL: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/accés-sistema-salut/reclamacions-i-suggeriments/>. [30.04.2019].

CatSalut. Servei Català de la Salut (2018). Enquestes de satisfacció. URL: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/>. [30.04.2019].

Flavell JH, Piaget J. La psicología evolutiva de Jean Piaget. 3 ed. Barcelona: Paidós; 1987.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2015). Carta de drets i deures de la ciutadania en relació a la salut i l'atenció sanitària. URL: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/repositori_ass.pdf. [30.04.2019].

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en



materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, n.º 274. URL: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>. [12.06.2019].

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, n.º 102. URL: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>. [12.06.2019].

Terribas i Sala N. Derechos del paciente. En Beca JP, Astete C, eds. Bioética clínica. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012. p. 178-91.

Torralba F. ¿Qué es la dignidad humana?: ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Barcelona: Herder; 2005.





— 2 —

Compasión

LYDIA FEITO GRANDE



Lydia Feito Grande

Profesora de Bioética y Humanidades Médicas
Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

Profesora de Bioética y Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Dirige allí también un Seminario de Investigación en Bioética.

Doctora en Filosofía y Letras por la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Doctora en Psicología (Neurociencia) por la Universidad Complutense de Madrid. También es Magíster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid y Magíster en Neuropsicología Cognitiva y Neurología Conductual por la misma universidad.

Su trabajo como docente e investigadora se ha desarrollado principalmente en el campo de la ética aplicada. Sus líneas de investigación más relevantes se refieren a la fundamentación de la bioética, la ingeniería genética, la ética profesional, la ética del cuidado, la educación en bioética y, últimamente la bioética narrativa y la neuroética.

Preocupada por la transmisión del conocimiento, le ha interesado siempre el aspecto educativo y la formación en valores para la convivencia ciudadana. Concibe la bioética como algo más amplio que una ética profesional, como una ética de la vida y, por tanto, un espacio de reflexión para la ética civil.

Así mismo, los mecanismos cerebrales del conocimiento, de la toma de decisiones, el papel de las emociones y las convicciones en las acciones humanas son algunos de los tópicos en que trabaja actualmente, pues en ellos se enlazan la preocupación por la filosofía de la ciencia, la epistemología, la neurociencia y la ética.

Es profesora invitada de numerosos másteres y cursos de formación especializada en bioética. Es presidenta de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, vicepresidente del Comité de Ética del Instituto de Investigación sobre Enfermedades Raras, del Instituto de Salud Carlos III. Vocal del Comité de Ética del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Vocal del Comité de Ética de CASER. Miembro del Grupo de Ética y Buena Práctica de la Sociedad Española de Fertilidad. Forma parte de consejos científicos de varias revistas y dirige la revista *Bioética Complutense*.

Publicaciones

Feito L. Ética y enfermería. Ed. San Pablo. Madrid, 2009. ISBN: 978-84-285-3525-0

Feito L, Domingo T, eds. Investigación en bioética. Madrid: Dykinson / Universidad Rey Juan Carlos; 2012. ISBN: 978-84-9031-013-7.

Feito L, Gracia D, Sánchez M, eds. Bioética: el estado de la cuestión. Madrid: Triacastela; 2012. ISBN: 978-84-95840-64-6.

Domingo T, Feito L. Bioética Narrativa. Madrid: Escolar y Mayo; 2013. ISBN: 978-84-16020-02-7.

Feito L. La antropología actual: nuevos problemas para pensar sobre el ser humano. En Alonso C, ed. Nuevas tecnologías y nueva antropología. Madrid: UPCo; 2015. p.29-57.

Feito L. Atención humanizada a la salud reproductiva de las mujeres. En Boladeras M, Goberna J, coords. Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona; 2016. p.71-82.

Feito L. Bioética feminista y del cuidado. En Ferrer JJ, Lecaros JA, Molins R, coords. Bioética, el pluralismo de la fundamentación. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2016. p.359-92.

Feito L. Ética del cuidado en las profesiones sociosanitarias. Revista de Documentación Social 2017; 187: 29-47.

Feito L. La neuroética y la posibilidad de la mejora humana. Folia Humanística 2018; 9: 1-20. DOI: <http://dox.doi.org/10.30860/0038>.

Feito L. ¿Qué significa humanizar la medicina?. En J.A. Sacristán JA, Millán J, Gutiérrez JA, eds. Medicina centrada en el paciente. Reflexiones a la carta. Madrid: Unión Editorial/Fundación Lilly; 2018. p. 49-54.

Compasión

El término ‘compasión’ viene del latín *compassio*, traducción de la palabra griega *συμπάθεια* (*sympathia*), un término que en su forma verbal está compuesto de *συν* + *πάσχω* = *συμπάσχω*, es decir ‘sufrir juntos’. Compasión es, pues, padecer con, lo que implica no ser indiferente ante lo que les ocurre a las otras personas, e incorpora también un deseo de ayudar o colaborar en el alivio del sufrimiento. Frente a vulnerabilidad de los seres humanos, y como compromiso responsable con el mundo, la compasión es la respuesta ética adecuada. Analizaremos a continuación este punto de partida de la compasión, la condición vulnerable del ser humano, para después referirnos a la respuesta ética apropiada, lo que exige diferenciar este valor de otros adyacentes como la empatía, y finalmente abordaremos los compromisos profesionales que todo ello supone para los médicos.

La condición vulnerable del ser humano

Los seres humanos somos frágiles y vulnerables. Ésta es una condición antropológica de la que no podemos escapar. Ser vulnerable implica la posibilidad de sufrir daño, estar en una situación de amenaza, lo que, en cierta medida, es consustancial a la misma vida. Por tanto, implica ser susceptible de recibir o padecer

algo malo o doloroso, como una enfermedad, y también tener la posibilidad de ser herido física o emocionalmente. Las formas en que las personas pueden ser dañadas son innumerables y, a pesar de que tengamos habitualmente una confianza básica en la posibilidad de seguir vivos (lo que es imprescindible para poder realizar nuestros proyectos y mirar hacia el futuro), también somos conscientes de esa fragilidad.

También las condiciones sociales pueden hacer al ser humano vulnerable, en tanto que limitan sus posibilidades de enfrentarse a la adversidad. Por ejemplo, si alguien vive en condiciones miserables sin medidas higiénico-sanitarias básicas, tendrá probablemente más posibilidades de contraer enfermedades. La clave no es entonces que la persona sea más frágil que otras, sino que son sus condiciones las que la colocan en esa situación en la que tiene menos defensas ante las amenazas y peligros.

Y hay también una fragilidad ante la existencia del ‘mal moral’ que daña en otro sentido, que puede ser más lacerante, a pesar de su falta de marcas físicas. Se trata de las situaciones en que se es víctima de una injusticia, de la discriminación, de la desigualdad o de cualquier otra situación en la que, al dejar de realizar un valor, se ha lastimado a una persona, o se le ha convertido en más frágil, o se le ha impedido realizar su vida y sus proyectos.



La vulnerabilidad tiene que ver, pues, con la posibilidad de sufrir, con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación, con la finitud y con la muerte.

La respuesta ética de la compasión

La vulnerabilidad intrínseca del ser humano es una constatación que nos lleva a identificarnos con el sufrimiento de las otras personas. Observamos nuestra propia experiencia y también el sufrimiento y la fragilidad de otros, y con ello comprobamos que somos iguales, que entendemos lo que están sintiendo los otros, y que, en su situación, a nosotros también nos gustaría que nos ayudaran. El reconocimiento de nuestra radical igualdad hace aparecer un sentimiento de compasión, esto es, de 'padecer con' el otro su mismo sufrimiento. Este reconocimiento de que todos podemos ser víctimas es la base de la idea de igualdad y también de un mandato moral muy antiguo: la regla de oro que indica que no deberíamos hacer a los demás lo que no querríamos que nos hicieran a nosotros. Por tanto, invita a la acción para evitar o aliviar el sufrimiento.

La capacidad de reconocer a las otras personas como iguales y comprender sus sentimientos radica en la existencia de las 'neuronas espejo', encargadas de interpretar las acciones de otros sujetos. Cuando observamos que alguien hace algo, en nuestro cerebro se activan las mismas zonas cerebrales que si nosotros estuviéramos haciendo la misma acción. Esta es la base de la capacidad de comprender a los otros, de imaginarnos en la misma situación. Por eso,

neurocientíficos como V.S. Ramachandran o G. Rizzolatti afirman que estas neuronas espejo son las 'neuronas de la empatía', porque nos permiten entender las emociones de las otras personas y las razones de sus acciones. La capacidad de colocarnos en la perspectiva de otra persona, comprender lo que hace, por qué lo hace y cómo se siente, es lo que llamamos empatía. Se trata de situarse en el lugar de otro para ver el mundo desde su punto de vista.

Además de los componentes biológicos, hay también elementos culturales, de aprendizaje, que son esenciales para que se desarrollen esos comportamientos de empatía

Además de los componentes biológicos, hay también elementos culturales, de aprendizaje, que son esenciales para que se desarrollen esos comportamientos de empatía. Los entornos culturales muy individualistas o que promuevan la distancia emocional y el anonimato, donde no se cultiven la amistad, la ayuda, la amabilidad, la solidaridad, etc., probablemente no darán lugar a que las personas sean muy empáticas. Sin embargo, las culturas basadas en la relación humana de ayuda mutua, de atención a los que tienen más necesidades, de comprensión de la situación del otro y de no indiferencia ante su sufrimiento, producirán personas más propensas a la empatía y a la compasión.

Esto supone que estas actitudes pueden promoverse y cultivarse. Hay algunos estudios que demuestran cómo puede modificarse la capacidad de compasión mediante, por ejemplo, la meditación. En este sentido, se pueden utilizar



técnicas mentales como el 'entrenamiento de bondad amorosa' (*loving kindness training*) que cultiva la amabilidad hacia las personas y cuyos resultados muestran un impacto beneficioso en los sentimientos de afecto positivo, un desarrollo de recursos personales y un estado de bienestar, que se traducen en una mayor actuación de ayuda hacia los extraños y, consiguientemente, en una actitud más altruista y prosocial. Esto quiere decir que las actitudes y la capacidad de sentir el sufrimiento de otro pueden modificarse, generando incluso cambios en el cerebro (en las zonas implicadas en las emociones). Por eso es esencial prestar atención a cómo cultivamos y promovemos comportamientos compasivos. Es claro que los modelos educativos que fomentan valores de altruismo o colaboración trabajan con la compasión como elemento fundamental para sustentar la acción y generan compromisos con su desarrollo y promoción. Las personas compasivas no sólo sienten conmiseración y simpatía hacia las personas vulnerables, sino que adoptan una actitud activa de ayuda frente a las situaciones de sufrimiento, en la convicción de que no es posible la indiferencia. Esto implica que la compasión se entrelaza con otros valores fundamentales, como la paz o la justicia, pues la comprensión del dolor de otro implica necesariamente una opción por la no violencia y una preocupación por las situaciones que generan mayor vulnerabilidad. Desde el punto de vista del desarrollo personal, esto significa apostar por el despliegue de una sensibilidad y una capacidad de respuesta ante el sufrimiento.

Conviene tener en cuenta, sin embargo, que empatía y compasión se diferencian en que la empatía hace referencia a esa capacidad de comprensión del estado emocional del otro, ese 'ponerse en su lugar', mientras que la compasión

suele incluir esa comprensión, pero, sobre todo, es un sentimiento auténtico de dolor compartido, a lo que se une el deseo sincero de aliviar el sufrimiento.

También es preciso diferenciar la compasión de la simpatía, la cercanía emocional que se puede producir ante los sentimientos de la otra persona. La simpatía puede generar reacciones de sintonía emocional que, en el caso de los médicos, puede poner en peligro la necesaria distancia que protege al profesional del desgaste que produce el contacto con el sufrimiento y de la pérdida de ecuanimidad en sus decisiones por exceso de implicación afectiva.

Lo específico de la compasión recae sobre la acción para aliviar el sufrimiento, una vez reconocido

Lo específico de la compasión recae sobre la acción para aliviar el sufrimiento, una vez reconocido. No es, por tanto, una gazmoña conmiseración, ni un sentimiento de lástima, tampoco es la comprensión propiciada por la empatía, ni la identificación con las emociones del otro que genera la simpatía, sino un auténtico valor de humanidad basado en el reconocimiento del sufrimiento, la condolencia ante él, y el altruismo que reclama una actuación de ayuda benévola.

La compasión implica un reconocimiento del otro ser humano como alguien igual que uno mismo, vulnerable y susceptible de ser herido, que reclama atención y exige una respuesta. Se contrapone al egoísmo y a la crueldad, y abre un espacio para la ayuda y la colaboración



humana. Es una categoría ética fundamental en el budismo, para el que todos los seres están conectados, por lo que el amor y la compasión hacia todos los vivientes es un modo de lograr la sabiduría y la felicidad. Y en el cristianismo se considera también que es una virtud que hay que desarrollar, pues implica considerar la ayuda al prójimo como un valor fundamental.

Ante la vulnerabilidad del ser humano es, pues, necesaria una respuesta ética: la compasión. La condición frágil inaugura la dimensión solidaria y pone en juego una respuesta de atención solícita. La compasión se puede realizar en forma de cuidado del otro, atención a su necesidad o solicitud. Ese cuidado que se otorga gratuitamente ante la vulnerabilidad del otro, pretendiendo su bien, es un modo de comunicación entre seres que reconocen al otro como un igual, como alguien que merece vivir. Esto supone el reconocimiento del sufrimiento y la implicación en forma de compromiso por actuar, ayudando a quienes están en situación desfavorecida a cambiar o superar esa circunstancia.

La reflexión sobre la importancia del cuidar en la vida humana no es novedosa. La filosofía ha analizado esta cuestión desde su relevancia antropológica, y también la ética se ha preocupado por las actitudes de cuidado, solicitud y benevolencia, destacando su profundo significado moral. Entre las tradiciones y propuestas de la historia de la filosofía que podrían mencionarse al respecto están, por ejemplo, en el siglo XX, autores como M. Heidegger, E. Levinas o P. Ricoeur, que muestran cómo no puede construirse una reflexión sobre el ser humano sin atender a su debilidad y a las raíces de su comportamiento solícito de ayuda al otro.

En el contexto de las profesiones sociosanitarias, el cuidado como respuesta adecuada ante el sufrimiento ha recibido también una notable atención, especialmente desde la enfermería. En la caracterización del cuidado ocupa un lugar relevante la compasión, como virtud que debe desarrollarse para responder adecuadamente ante el padecimiento, y como compromiso moral con el sufrimiento de las personas.

La compasión como valor profesional

Desarrollar una cierta sensibilidad ante el sufrimiento y una capacidad de respuesta es una exigencia ética. La compasión es el compromiso que se asume por el reconocimiento de la igualdad ante la vulnerabilidad entre los seres humanos, y exige llevar a su mayor realización posible la colaboración y la ayuda desinteresada. En el contexto de la bioética, y recogiendo la tradición de la profesión médica, esta obligación de respuesta ante el otro sufriente se expresa en el principio de beneficencia, que exige tomar en consideración el bien del paciente y actuar para promoverlo.

Desarrollar una cierta sensibilidad ante el sufrimiento y una capacidad de respuesta es una exigencia ética

Aunque en la formulación de Beauchamp y Childress la compasión se sitúa como una virtud que hay que desarrollar paralelamente a la



observancia de los principios, y se confunde con la simpatía y, por tanto, se comprende como un acción con una implicación emocional que puede 'nublar' el juicio del profesional, lo cierto es que la beneficencia supone, en su concepción más general, un compromiso por el bien de la persona y, por tanto, exige un fundamento ético que estriba en el reconocimiento del otro como sujeto con dignidad que merece ayuda. Obsérvese que, según lo indicado anteriormente, la raíz última de ese reconocimiento se encuentra en la consideración de un rasgo humano de vulnerabilidad que nos hace iguales y que suscita la acción. Por ello, antes de la reclamación de derechos se evidencia el reconocimiento humano, lo que implica afirmar que la compasión es un valor fundamental, más radical que cualquier obligación teórica, vinculado a la emoción y la sensibilidad, si bien su exigencia y promoción la convierten en una tarea racional desde la que justificar su ejercicio.

El compromiso moral con el bien del paciente supone ayudar contando con la autonomía, esto es, un principio de beneficencia no paternalista

Es preciso además tener en cuenta que la única beneficencia posible es la que respeta y asume el sistema de valores del paciente, de modo que la acción basada en la compasión no puede imponer un bien sin contar con la perspectiva de la persona afectada. Así, el compromiso moral con el bien del paciente supone ayudar contando con la autonomía, esto es, un principio de beneficencia no paternalista.

Con el objetivo de restaurar el espacio de la beneficencia frente a un posible exceso de énfasis en la autonomía, la perspectiva de

E. Pellegrino apunta a que la finalidad de la medicina no puede ser otra que el bien para el paciente. Esto se justifica por tres razones: porque los seres humanos tienen una condición intrínseca de vulnerabilidad que les hace susceptibles de enfermar; porque los conocimientos médicos son un patrimonio de la humanidad custodiado por los médicos y que sólo puede ser utilizado para el bien de las personas enfermas (por tanto, no para un beneficio personal); y porque la profesión médica supone un acto de compromiso al servicio de los enfermos, una alianza de mutua confianza que impone obligaciones morales al profesional. De ahí que el principio fundamental de la ética médica deba ser entonces el principio de beneficencia, o lo que Pellegrino y Thomasma denominan 'el principio de beneficio en confianza' (*beneficence in trust*).

El principio fundamental de la ética médica deba ser entonces la beneficencia, o lo que Pellegrino y Thomasma denominan 'principio de beneficencia en confianza' (*beneficence in trust*)

Aunque esté ya desterrado el esquema paternalista y sea irrenunciable el respeto a la autonomía del paciente, estos autores consideran que la relación clínica sigue siendo necesariamente asimétrica, lo cual significa que la responsabilidad cae del lado del médico. Esto implica que es posible formular una ética de las virtudes en el ámbito de la ética profesional, lo que supone alcanzar un consenso sobre los objetivos de la medicina. Es evidente que, en sociedades plurales, con diversos sistemas de valores, con diversas ideas de bien, se proponen modelos de vida y fines personales incompatibles, de ahí que sea complejo hablar de un único bien



de la vida humana. Sin embargo, sí es posible aspirar a un acuerdo acerca del bien interno o la finalidad de la profesión.

La relación clínica sigue siendo necesariamente asimétrica, lo cual significa que la responsabilidad cae del lado del médico

El profesional ha de ser una persona virtuosa, digna de la confianza del paciente, que use sus conocimientos médicos para el bien del enfermo (y no para su propio lucro, prestigio o poder) y que no explote al enfermo en su situación de debilidad y dependencia. En opinión de Pellegrino, la relación clínica se caracteriza por la situación de vulnerabilidad del paciente, la relación desigual entre médicos y pacientes en lo referente a conocimiento y poder, y la profesionalidad del médico que le da la posibilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a los pacientes si ellos buscan su ayuda. Estas características dan como resultado un tipo de relación entre el médico y el paciente basada en la ayuda y en la confianza. Para actuar adecuadamente en este contexto, el médico debe desarrollar una serie de virtudes, entre las que se encuentra la compasión:

- *Fidelidad a la promesa*: no traicionar la confianza del paciente
- *Benevolencia*: procurar el bien integral del paciente.
- *Abnegación*: asumir sacrificios para garantizar el bien del paciente. Subordinar los intereses personales al fin de la medicina, en fidelidad al compromiso asumido.

- *Compasión*: 'sentir con' el paciente su sufrimiento y dolor, lo que es necesario para adaptar el tratamiento a las peculiaridades del paciente. Éste es el prelude del cuidado, que supone la consideración por la persona del enfermo. La compasión tiene un componente afectivo (actuar del modo más beneficioso para un paciente concreto) y otro moral (disposición para entender intelectualmente la singularidad del paciente).
- *Humildad intelectual*: reconocer los límites de los conocimientos y admitir la ignorancia honestamente.
- *Justicia*: dar a cada uno lo que le corresponde por derecho y tratar de modo igual casos iguales. Es imparcialidad, pero también ajustarse a las necesidades específicas del paciente. Justicia conmutativa con el paciente (igualdad estricta entre individuos). Justicia distributiva con la sociedad (es decir, la igualdad a partir de una distribución proporcionada, como se plantea en la medicina gestionada).
- *Prudencia*: recta razón en la deliberación y en la acción. Discernimiento y decisión en ámbitos de incertidumbre, guiadas por una elección razonable y ponderada, buscando los medios más eficaces para alcanzar el objetivo: el bien integral del paciente.

La capacidad de reconocer, analizar y resolver las cuestiones éticas que se generan en la relación clínica es, según este autor, tan importante como el conocimiento de la ciencia. Pero esta capacidad deriva necesariamente de comprender que el objetivo de la medicina es una acción curativa para un ser humano en particular. Por eso es tan importante conocer al paciente y su marco de valores. En buena medida, éstos son



elementos de la compasión, entendida como algo que va más allá de la empatía y que supone la comprensión de las experiencias de enfermedad como únicas para el paciente y, desde ahí, la colaboración en la toma de decisiones ajustada lo máximo posible a esa dimensión personal. El médico debe saber tomar la distancia necesaria para no perder la objetividad en las decisiones técnicas y para acercarse al paciente y ayudarle en la decisión.

El médico debe saber tomar la distancia necesaria para no perder la objetividad en las decisiones técnicas y para acercarse al paciente y ayudarle en la decisión

Tomando en consideración esta perspectiva, se puede afirmar que el desarrollo de la compasión forma parte de la labor de humanización de la medicina, en la medida en que se plantea como una clave fundamental para comprender el sufrimiento y para actuar solidariamente en la búsqueda del bien para el paciente. Sin este compromiso con la compasión, el ejercicio médico sería una mera actuación técnica, que carecería de la dimensión humana de cuidado y atención solícita que le da sentido y fundamento.

Según todo lo dicho, la compasión se revela como un valor fundamental para la vida de las personas, para los profesionales médicos y para la convivencia entre los seres humanos. En buena medida, hablar de compasión es referirse a la radical inmersión en un contexto de relaciones con otros, donde se produce un reconocimiento entre iguales y también una atención solidaria ante la vulnerabilidad. En el

ámbito de la medicina, la compasión se configura como una virtud que hay que desarrollar para la atención al bien del paciente, tomando en consideración su biografía y mundo de valores, como modo de potenciar su autonomía y su proyecto vital. Pero también como una exigencia de acción responsable que exige una compleja posición de equilibrio entre la sensibilidad ante el padecimiento, la posibilidad de sentir con otros, la distancia necesaria para no entorpecer el juicio clínico, el reconocimiento y el respeto a las personas, y también el compromiso con una acción adecuada generada desde la prudencia y la sabiduría práctica.

Bibliografía

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5 ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- Feito L. Vulnerabilidad. An Sist Sanit Navar 2007; 30: 7-22.
- Fredrickson BL, Cohn MA, Coffey KA, Pek J, Finkel SM. Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. J Pers Soc Psychol 2008; 95: 1045-62.
- Lutz A, Brefczynski-Lewis J, Johnstone T, Davidson RJ. Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. PLoS One 2008; 3: e1897.
- Pellegrino ED. Toward a reconstruction of medical morality. Am J Bioethics 2006; 6: 65-71.
- Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Inst Ethics J 1995; 5: 253-77.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.

VALORES DEL MÉDICO



Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.

Ramachandran VS. The tell-tale brain: a neuroscientist's quest for what makes us human. New York: W.W. Norton; 2011.

Rizzolatti G, Sinigaglia C. Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Paidós; 2006.

Roach MS. The human act of caring. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1987.

Autoconciencia emocional (reconocer y comprender las propias acciones, las motivaciones personales y las emociones propias; conocerse)

MARIA NOLLA DOMENJÓ



Maria Nolla Domenjó

Técnica del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Patrona de la Fundació Educació Mèdica (FEM)

Nacida en Barcelona en 1959. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Psicoterapia Grupoanalítica por la Universidad de Deusto y Máster en Educación Médica por la Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat de Barcelona y Universitat de Lleida. Miembro fundador de la Fundació Educació Mèdica. La labor principal a nivel profesional ha sido el desarrollo de competencias docentes para los profesionales de la salud en los tres niveles educativos: grado, postgrado y formación especializada, y desarrollo profesional continuo. Desde 1997 ejerce como terapeuta grupal en el Centre Pi i Molist (prevención y tratamiento en salud mental).

Desde 1987 realiza actividades de formación de formadores en diferentes tipologías y modalidades. Desde 1996 realiza actividades de formación en metodología docente y evaluativa dirigidas a tutores de formación sanitaria especializada. En los últimos diez años ha realizado asesorías para la administración para la elaboración de los Programas Oficiales de las Especialidades y para las sociedades científicas para la elaboración de programas de formación sanitaria especializada y para programas de certificación y recertificación profesional. Desde 2014 es directora adjunta de la revista de la Fundació Educació Mèdica.

Publicaciones

Nolla M, Palés J, Gual A. Desarrollo de competencias profesionales. *Educ Med* 2002; 5: 76-81.

Nolla M, Fornells JM. Cómo evaluar el desarrollo profesional continuo. *Portafolio. Jano Extra* Octubre 2006; 1626: 44-8.

Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica. Principios básicos. *Educ Med* 2009; 12: 223-9.

Gual A, Nolla M. Regulación de la profesión médica. Madrid: Fundació Educació Mèdica; 2015. ISBN: 978-84-608-1290-6.

Nolla-Domenjó M, Gual A, Pallarés L, Palés-Argullós J. Guía para la definición de los perfiles competenciales profesionales. *FEM* 2015; 18: 381-6.

Nolla-Domenjó M, Martiáñez Ramírez, NL. Evaluación de las competencias en el contexto clínico real. En Martiáñez, Terrón, Gallego, Álvarez, Rubio y Hernando. *Competencias en las prácticas clínicas en ciencias de la salud. Guía de estrategias y recursos para su desarrollo y evaluación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 2016. p.45-56.

Nolla-Domenjó M. Evaluación de la competencia docente: ¿qué debemos exigir? *Educ Med* 2017; 18 (Supl 1): 49-50.

Nolla-Domenjó M. Aprendizaje y prácticas clínicas. *Educ Med* 2019; 20: 100-4. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.019>.

Autoconciencia emocional (reconocer y comprender las propias acciones, las motivaciones personales y las emociones propias; conocerse)

La práctica de la medicina antes de la explosión de conocimientos, del surgimiento de muchas tecnologías aplicadas al diagnóstico y tratamiento de enfermedades y del aumento masivo de estudiantes de medicina a partir de mediados del siglo XX comportaba que la acción terapéutica del médico incluía la relación entre médico y paciente. A menudo, la medicina como ciencia podía hacer poco, pero se contemplaba el acompañamiento del enfermo, los familiares y los cuidadores como un elemento importante del quehacer médico. Se trataba también de aliviar el sufrimiento mental y no sólo el sufrimiento físico. El médico establecía una relación terapéutica de forma natural y formaba parte de su quehacer mantenerla y reforzarla.

Ser un 'buen' médico requiere tener conocimientos y habilidades adecuados, pero también hay una necesidad de establecer y mantener una relación terapéutica con los pacientes y sus cuidadores. El establecimiento de este vínculo supone una interacción de las esferas emocionales de médico y paciente. El ser consciente de las propias emociones y motivaciones permite al clínico tener en cuenta

las emociones y motivaciones de los demás. La construcción de una relación terapéutica es un componente esencial de la práctica profesional y un atributo clave para ser un profesional.

Ser consciente de las propias emociones y motivaciones permite al clínico tener en cuenta las emociones y motivaciones de los demás

Definición y delimitación de la autoconciencia emocional

Tanto en la filosofía como en diversas ramas de la psicología está extendida la opinión de que existen importantes relaciones entre las emociones y los valores.

Los valores son convicciones morales inherentes a la persona, que contienen un juicio sobre lo que es correcto, bueno o deseable. Son el vínculo



entre las creencias y el comportamiento. Cada persona tiene su propio sistema de valores y su importancia estriba en que son la guía según la cual cada uno se enfrenta al mundo y se comporta. En definitiva, sostienen la identidad, el yo.

Los valores se generan a partir del entorno social del individuo: su familia, la escuela, el contexto social, los estudios, el trabajo y la religión, y, por esto, en diferentes culturas prevalecen valores diferentes.

Los valores no son estáticos, van cambiando con el tiempo, por lo que es necesario revisarlos para dar respuesta a lo que se busca o se desea conseguir. Incluso desde el aprendizaje y puesta en marcha de habilidades y competencias sociales se pueden adquirir conscientemente nuevos valores que acercan el individuo a los objetivos que quiere conseguir. Éstos marcarán el plan de acción, consiguiendo no sólo cambios en el comportamiento y las rutinas, sino también en la identidad.

Las emociones son reacciones temporales ante un estímulo, como puede ser una determinada situación o pensamiento. No son ni buenas ni malas, todas cumplen un papel adaptativo y, por lo tanto, son necesarias. Son universales y, al igual que los valores, constituyen guías en la vida de las personas.

La palabra emoción deriva del latín *emotio*, *emotionis*, que significa algo así como moverse desde un sitio, poner en movimiento, salir. De alguna manera, las emociones son el motor de las personas y se relacionan con la motivación intrínseca para hacer algo.

Las emociones son señales que proporcionan información sobre si se vive alineado o en

sintonía con los valores o no. Ayudan a ser conscientes de cómo está o cómo siente la persona en un momento determinado o ante una actuación concreta. Conociendo qué emoción provoca qué, se puede descubrir si las acciones van en sintonía con los valores que uno dice tener.

Las emociones son señales que proporcionan información sobre si se vive alineado o en sintonía con los valores o no

En la década de los noventa todo el mundo recuerda el revuelo que hubo ante la aparición del libro de D. Goleman sobre la inteligencia emocional. El autoconocimiento es uno de los pilares básicos del desarrollo de la inteligencia emocional. Para este fin es imprescindible conocer la propia personalidad, las propias emociones y cómo se presentan ante los demás. Sólo así se puede potenciar la inteligencia emocional aprovechando los recursos y oportunidades, porque se es consciente de ellas, porque se es capaz de comprender la propia realidad. Goleman sostiene que la autoconciencia emocional es una competencia que permite conectar con las creencias subyacentes, supuestos y valores, y conocer qué conduce a ellos. Esta conexión ayuda a estar alineados con las motivaciones verdaderas. Es clave para comunicar los sentimientos a otras personas.

El autoconocimiento es uno de los pilares básicos del desarrollo de la inteligencia emocional



Para Goleman, la inteligencia emocional consiste en cinco capacidades fundamentales:

- *Conocer las propias emociones*: tener conciencia de las propias emociones; reconocer un sentimiento en el momento en que ocurre. Una incapacidad en este sentido deja a la persona a merced de las emociones incontroladas.
- *Manejar las emociones*: la habilidad para manejar los propios sentimientos para poder expresarlos de forma apropiada se fundamenta en la toma de conciencia de las propias emociones.
- *Motivarse a sí mismo*: una emoción tiende a impulsar hacia una acción. Por eso, emoción y motivación están íntimamente interrelacionadas. Encaminar las emociones y la motivación consecuente hacia el logro de objetivos es esencial para prestar atención, automotivarse, manejarse y realizar actividades creativas. El autocontrol emocional conlleva ser capaz de demorar gratificaciones y dominar la impulsividad, lo cual suele estar presente en el logro de muchos objetivos. Las personas que poseen estas capacidades tienden a ser más productivas y efectivas en las actividades que emprenden.
- *Reconocer las emociones de los demás*: para este fin, la capacidad de empatía es fundamental, y ésta también se basa en la autoconciencia emocional. La empatía es la base del altruismo. Las personas empáticas son capaces de captar e interpretar las señales sutiles que indican lo que los otros necesitan o desean.
- *Establecer relaciones*: para establecer buenas relaciones con los demás es necesaria la habilidad de manejar las emociones de los

demás. Las competencias y habilidades sociales son la base del liderazgo, la popularidad y la eficiencia interpersonal. Las personas con estas capacidades son capaces de interactuar de forma suave y efectiva con los demás.

Relaciones con otros valores

La importancia de ser consciente de la relación entre valores y emociones, y de cómo éstos pueden variar, ayuda a comprender que, si se trabajan los valores y la congruencia de éstos con las acciones, se puede detectar lo que no gusta, lo que no se está haciendo, y reorientar las acciones hacia los objetivos que se desean conseguir.

La autoconciencia emocional no sería tanto un valor en sí mismo como una necesidad para mejorar la relación con los demás (sean colegas o otros profesionales o pacientes) y con uno mismo. Se trata de un proceso completamente necesario para poder ganar coherencia entre los comportamientos y los valores que se quieren defender. El primer paso para comprender a los demás es tomar consciencia de uno mismo.

Valores y emociones van de la mano

Valores y emociones van de la mano, y esto se entiende al observar cuándo se es congruente o no, entre lo que se hace y los valores que se dice tener. Cuando los valores y las acciones se encuentran alineados, la persona se siente coherente y en paz consigo misma. Sin embargo, cuando se hace algo y no va en sintonía con



lo que se cree y con los valores, la persona se siente mal, con insatisfacción, frustración, estrés e incluso puede enfermar.

Importancia para la persona, el profesional y la sociedad

La autoconciencia es la capacidad de reconocer las propias emociones y cómo éstas afectan al estado de ánimo y, por consiguiente, al comportamiento. Se trata de tomar perspectiva sobre los propios actos y pensamientos de manera consciente, y es el primer paso para poder cambiar el comportamiento y mejorar, o cambiar conductas inadecuadas o regular la expresión de las emociones.

Cuando los clínicos reconocen sus propias emociones y cómo éstas afectan a él o ella y a las personas que los rodean son más capaces de actuar con autocontrol emocional

Cuando los clínicos reconocen sus propias emociones y cómo éstas afectan a él o a ella y a las personas que los rodean, son más capaces de actuar con autocontrol emocional. Esto se manifiesta en su comportamiento como una sensación de calma, claridad y comunicación abierta. Cuando se habla de autocontrol emocional, no se está refiriendo a un bloqueo o negación de las emociones. Se entiende que el autocontrol pasa por la conciencia y aceptación de las propias emociones y sentimientos, y a partir de aquí se puede trabajar en cómo gestionarlas en el día a día.

Los profesionales de la salud, de forma consciente o inconsciente, se enfrentan a ansiedades de muerte que les proyectan sus pacientes. La enfermedad o dolencia más leve conecta a la persona con su mortalidad en más o menos grado. Esta realidad hace que los profesionales se defiendan, a menudo no atendiendo a las emociones que expresan los enfermos y bloqueando las propias. A nivel organizativo también hay mecanismos de defensa para estas situaciones. Un ejemplo clásico en el análisis de organizaciones es comprobar cómo la distribución de tareas de enfermería se organiza, así, por tareas. Una persona da la medicación, otra, más tarde, toma la temperatura, en otro momento se realizan tareas de higiene, etc. Esta fragmentación de las tareas comporta que el cuidado a la persona también se fragmente, de manera que no se deba abordar al paciente en su conjunto como persona y con todas sus ansiedades. La autoconciencia emocional puede sin duda ayudar a gestionar estas situaciones. Si se conecta con las propias emociones, se las identifica y acepta sin juzgarlas, es probable que pueda contener, es decir, permitir que se expresen, las emociones de los enfermos y familiares.

La autoconciencia emocional también permite al médico establecer un vínculo con el paciente que, si es buena, ayudará en todo el proceso clínico. Las relaciones comportan vínculos emocionales. El de relación terapéutica implica que ésta tiene un efecto beneficioso sobre la salud del paciente. La importancia de una relación terapéutica ha sido reconocida desde hace tiempo en el campo de la psicoterapia, pero el reciente interés en la atención centrada en el paciente ha puesto de manifiesto que se obtienen mejores resultados y proporciona un mejor entendimiento mutuo. Los mejores resultados incluyen, entre otros,



la satisfacción del paciente y la mejora de la atención a las enfermedades crónicas con mayor adhesión al tratamiento.

Un aspecto esencial de la relación terapéutica es el reconocimiento y la comprensión de las creencias personales y los sistemas de valores de los individuos involucrados, tanto del profesional como del paciente. Puede haber diferencias entre estos sistemas y producirse una fuerte reacción emocional en el médico. Esto puede influir en su toma de decisiones y acciones posteriores. La investigación neurocognitiva reciente sugiere que el razonamiento eficaz es un proceso principalmente inconsciente, en el que existe una modulación del procesamiento de la información lógica por parte de las emociones. Por ejemplo, el enojo hacia un paciente puede dar lugar a una respuesta diferente a la que hubiera dado de haber podido empatizar con el paciente.

Cómo incrementar o desarrollar la autoconciencia emocional

El primer paso para comprender a los demás es tomar autoconciencia y autoconocimiento personal

El primer paso para comprender a los demás es tomar autoconciencia y autoconocimiento personal. Éstos son los pilares básicos del desarrollo de la inteligencia emocional: conocer la propia personalidad, las emociones y cómo se presentan ante los demás. Sólo así se puede potenciar la inteligencia emocional aprovechando los recursos y oportunidades, porque se es

consciente de ellas, porque se es capaz de comprender la propia realidad.

La mera experiencia sin reflexión no garantiza el aprendizaje

Desde la década de los noventa se hizo muy evidente que la manera más eficaz de aprender de los profesionales es la práctica reflexiva. La mera experiencia sin reflexión no garantiza el aprendizaje. Se pusieron en marcha estrategias y sistemas de evaluación para promover el aprendizaje reflexivo, y actualmente éste continúa siendo el gran desafío, en la medida que se trata de una de las maneras de 'aprender a aprender'. La reflexión guiada por un supervisor o mentor es particularmente útil, ya que las creencias y supuestos subyacentes pueden ser identificados y desafiados.

Los autores que han trabajado el aprendizaje reflexivo ponen énfasis justamente en el tema que nos ocupa: en la reflexión se deben explorar las propias emociones y las que podrían experimentar los otros. La reflexión cuando se realiza con la ayuda de otra persona (igual, tutor, etc.) se produce básicamente de dos maneras, oral y escrita. En las dos modalidades existe un momento de gran aprendizaje sobre uno mismo que consiste en poner palabras a lo que uno sintió o está sintiendo. A menudo, tras un impacto emocional hay un embotamiento emocional inicial en que la persona parece no sentir nada. Pueden aparecer sensaciones físicas, pero no se asocian a una emoción concreta. Esto puede dar lugar a situaciones de desconcierto, ya que, al no percibir la propia emoción, la reacción puede no ser consecuente. En la práctica reflexiva, cuando se



realiza con el apoyo de otra persona (un colega, un tutor, etc.), es preciso relatar lo sucedido, sea de forma verbal o escrita. El relato fuerza a la persona a escoger el vocabulario. En estos momentos de relato es cuando la persona puede darse cuenta de hasta qué punto tiene las ideas claras sobre sus emociones.

Uno de los instrumentos más utilizados para fomentar la reflexión entre los profesionales en formación es el portafolio o diario de aprendizaje

Uno de los instrumentos más utilizados para fomentar la reflexión entre los profesionales en formación es el portafolio o diario de aprendizaje. En él se incluyen relatos a propósito de los llamados incidentes críticos. Los incidentes críticos son situaciones concretas que han impactado emocionalmente al estudiante o residente, sea porque no se han sabido resolver de forma adecuada, porque han sido un logro inesperado o simplemente porque han tocado la fibra emocional de la persona en algún sentido.

La reflexión tiene que ver con el análisis sistemático de las acciones pasadas para poder introducir cambios en las acciones futuras

La reflexión tiene que ver con el análisis sistemático de las acciones pasadas para poder introducir cambios en las acciones futuras. Actualmente, la literatura científica nos proporciona instrumentos, generalmente en forma de rúbricas, que permiten evaluar esta capacidad.

El mero hecho de que la reflexión forme parte de lo evaluado está poniendo énfasis en esta competencia, le está dando importancia, y estos contenidos deberían formar parte de todos los planes de estudio y programas de especialización.

En el aprendizaje y desarrollo de actitudes y valores profesionales desempeñan un papel primordial dos aspectos: el aprendizaje por modelos y la cultura de la organización donde se aprende. Por lo tanto, no se trata tanto de tener conocimientos sobre ellos, sino de ver cómo los profesionales los aplican a través de la observación de sus conductas. Es muy frecuente en la conducta humana que se hagan cosas distintas de las que se preconizan. De aquí el proverbio chino que dice 'haz lo que el maestro dice, no lo que hace'.

En la medida que la práctica reflexiva y la exploración de las propias emociones queden circunscritas a los procesos de formación en el grado y formación especializada, pero no formen parte del quehacer diario de los médicos, el mensaje que se está transmitiendo de forma implícita es que este tipo de cosas no son tan importantes. Se debería introducir esta práctica de forma explícita y sistemática para que todos los profesionales de las organizaciones, asistenciales y en formación, desarrollen su capacidad reflexiva y ganen en autoconocimiento emocional.

La práctica reflexiva se debería introducir de forma explícita y sistemática para que todos los profesionales de las organizaciones, asistenciales y en formación, desarrollen su capacidad reflexiva y ganen en autoconocimiento emocional.



Consecuencias de su falta de consideración

Antes, el aprendizaje para establecer una relación terapéutica se producía al lado del maestro viéndolo ejercer. Este tipo de relación se está perdiendo poco a poco y los profesionales de la medicina pueden llegar a pensar que el abordaje de la dimensión emocional de la persona no tiene que ver con ellos. Para este tipo de relación tienden a delegar en otros profesionales, principalmente enfermería, pero también psicólogos, trabajadores sociales, etc. Una frase que ilustra esta tendencia es la pronunciada por Moisés Broggi poco antes de morir (2012): 'hoy en día los médicos curan más, pero consuelan menos'. Es decir, desde un punto de vista biomédico, se diagnostica y se trata mejor que antes, pero se está olvidando la dimensión emocional en la relación médico-paciente y se está sustituyendo por la dimensión tecnológica.

Esta ausencia de la vertiente emocional también se observa en los procesos educativos y en las organizaciones asistenciales. La no atención a las emociones, es decir, a la esfera afectiva de las personas, conlleva sufrimiento no sólo para los pacientes, familiares y cuidadores, sino también para los estudiantes, residentes y profesionales. A menudo sólo el aprendizaje en el seno familiar, en la escuela y a través de la experiencia permite a los clínicos tener en cuenta la esfera emocional de sus pacientes y otros profesionales con los que trabaja y poder gestionar las emociones propias y comprender mejor las ajenas. A juzgar por los planes de estudio de medicina, los programas de formación médica especializada y los contenidos de las actividades de formación continua, en las

que la dimensión emocional prácticamente no existe, se podría decir que estamos inmersos en un período de empobrecimiento emocional.

A juzgar por los planes de estudio (grado, especializada y continuada), en los que la dimensión emocional prácticamente no existe, se podría decir que estamos inmersos en un periodo de empobrecimiento emocional

Ante el encargo de este capítulo, se hizo una búsqueda de palabras en los códigos deontológicos del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) y de la Organización Médica Colegial. Las palabras que se buscaron fueron: emoción, emociones, emocional y emotivo. Los resultados para el código del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña fue cero. Ninguna mención relacionada con las emociones. El resultado para el código de la Organización Médica Colegial fue uno. En su artículo 49, apartado c), se dice: Asegurar que el proceso de información sea suficientemente claro y detallado, y que no haya mediado coacción, presión emocional, económica o cualquier otro vicio en el consentimiento. De este apartado se deduce que, a pesar de tener esta mención a lo 'emocional', no se relaciona con lo que se está tratando de exponer en este capítulo.

A nadie se le escapa la gran velocidad a que todo está cambiando. A veces los médicos creen que su papel en la sociedad es inmutable. Sin embargo, ya hay investigaciones que demuestran que con inteligencia artificial se diagnostican mejor casos de retinopatía diabética o melanoma maligno en comparación con un oftalmólogo



o dermatólogo experto respectivamente. El tratamiento de diferentes patologías cada vez tiende más a un abordaje multiprofesional. Cabe preguntarse, ¿qué aportará el médico en la atención a la salud de las personas como valor añadido en el futuro para que se mantenga este papel central actual? Muy probablemente la parte relacional será la más difícil de sustituir por las máquinas. Tener a una persona experta, de confianza, que acompañe y ayude a integrar lo que está pasando y a poder escoger de forma informada y consciente parece que puede ser un escenario factible. El contrato social tácito de la profesión médica con los ciudadanos hay quien dice que está en riesgo de romperse. Si los médicos no atienden a su dimensión emocional y, en consecuencia también a la de sus pacientes, se corre el riesgo de pasar de ser considerados una profesión a ser meramente técnicos cualificados.

Si los médicos no atienden a su dimensión emocional y, en consecuencia también a la de sus pacientes, se corre el riesgo de pasar de ser considerados una profesión a ser meramente técnicos cualificados

Conclusión

Las emociones forman parte del ser humano y no se pueden descuidar en la atención a la salud de las personas. La autoconciencia emocional es imprescindible para conocerse a uno mismo y poder comprender mejor a los demás.

La autoconciencia emocional permite abordar mejor la dimensión afectiva de los pacientes y construir una relación terapéutica con enfermos, familiares y cuidadores.

Para desarrollar la autoconciencia emocional es imprescindible una práctica profesional reflexiva que aporte conciencia a las propias emociones y ayude a comprender las de los demás. La práctica reflexiva a la vez es un modelo para los profesionales en formación que pueden aprender.

Bibliografía

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de deontología médica. Guía de ética médica. 2011.

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi de deontologia. 2005.

Friedman Ben David M, Davis MH, Harden RM, Howie PW, Ker J, Pippard MJ. Portfolios as a method of student assessment. AMEE Medical Education Guide no. 24. Med Teach 2001; 23: 535-51.

Goleman D. La inteligencia emocional. Barcelona: Kairós; 1996.

Groopman J. How doctors think. Boston: Houghton Mifflin; 2007.

Gual A, et al. Proceso de Bolonia (III). Educación en valores: profesionalismo. Educ Med 2011; 14: 73-81.

Nolla-Domenjó M. Aprendizaje y prácticas profesionales. Educ Med 2018; <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.019>.

Rodríguez de Castro, F. Proceso de Bolonia (IV). El currículo oculto. Educ Med 2012; 15: 13-22.

Sanders J. The use of reflection in medical education. AMEE Medical Education Guide no. 44. Med Teach 2009; 31: 685-95.



Schön DA. La formación de los profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós; 1992.

Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty –the next medical revolution? N Engl J Med 2016; 375: 1713-5.

Steinfath H. Emociones, valores y moral. Universitas Philosophica 2014; 31: 71-96.

Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000; 49: 805-7.





— 4 —

Receptividad

ANTONIA SANS BOIX



Antonia Sans Boix

Presidenta del Comité de Ética Asistencial de la Fundació Althaia
Máster en Bioética por la Universitat Ramon Llull

Nacida en Terrassa en 1949, licenciada en Medicina y Cirugía por la Universitat de Barcelona, especialista en Medicina Interna y Nefrología, Máster en Bioética por el Instituto Borja de Bioética, Universidad Ramon Llull de Barcelona. Su trabajo ha estado en gran parte dedicado a la asistencia y a la mejora de la formación de la Formación Sanitaria Especializada, especialmente en las materias transversales de la formación: bioética, comunicación, etc.

Desde 1997 hasta 2015 se dedica a desarrollar y a implementar la formación transversal de los futuros especialistas y a desarrollar indicadores de calidad de la Formación Sanitaria Especializada, habiendo sido designada en el año 2009 por el Institut d'Estudis de la Salut de Catalunya como miembro del Grupo Asesor de Formación Sanitaria Especializada para el Desarrollo y la Operatividad de las Estructuras Asesora y Ejecutiva, asignadas a las Comunidades Autónomas para la Formación Sanitaria y desde 2010 hasta marzo 2015 y por el mismo instituto designada como Miembro del Grupo Asesor de formación sanitaria especializada para elaborar el Plan de Calidad de la Gestión Docente.

Nombrada miembro de la Comisión Nacional de Nefrología por el subsecretario de Sanidad y Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo en mayo de 2006, ejerció las responsabilidades hasta mayo 2015. También fue nombrada miembro del Grupo de Trabajo del Tronco Médico en octubre de 2010 por el director general de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección.

Presidenta del Comité de Ética Asistencial de la Fundació Althaia. Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa desde el año 2002 hasta junio de 2016.

Organiza y participa como ponente en los Seminarios de Bioética anuales de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa desde el año 2009 hasta el año 2016.

En 2014 organiza y participa como ponente en las IX Jornadas de Comités de Ética Asistencial de Catalunya.

Participa como Docente del curso 'Atenció al Pacient crònic complex' en la formación de enfermería impartido en los años 2013, 2014 y 2015, así como docente de los cursos 'Espais de reflexió i diàleg bioètic a l'àmbit assistencial' de la misma Fundació dirigidos a profesionales sanitarios.

Participa como profesora invitada en la asignatura 'Professionalisme, els valors dels metges' desde el curso 2012 hasta el curso actual, correspondiente al Grado de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Miembro de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona desde marzo de 2014 hasta la actualidad.

Publicaciones

Sans-Boix A. Ciudadano, usuario, cliente, paciente, enfermo
Ensayos de bioética. Barcelona: Mapfre, S.A; 2003.

Sans-Boix A, Razonamiento sobre limitaciones al tratamiento dialítico. Ensayos de bioética. Barcelona: Mapfre, S.A.; 2003.

Fornells JM, Sans A, Cerqueira MJ, Hernández S. El programa común complementario. Educ Med 2005; 8 (Supl.2): S23-4.

Bisbe-Vives E, Alonso-Vallès L, Quera-Aymà D, Albaigès-Sans L, Sans-Boix A, Cosp X, et al. Propostes de sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic. Annals de Medicina 2012; 95: 50-6.

Receptividad

Definición del valor 'receptividad' y delimitación del marco donde se va a desarrollar

La receptividad es la capacidad que tiene una persona de escuchar, aceptar, acoger, recibir, gestionar y convivir con otras personas que tienen distintas maneras de pensar y actuar, sin reservas ni pretextos, aun siendo éstas diferentes a las de uno mismo. Es el valor de una igualdad asimétrica debido a la singularidad de cada persona.

El valor receptividad, junto con los demás valores, será el que formará la manera de ser de la persona y el ideal donde ésta se sienta vinculada. Los valores se traducen, se expresan y son el fundamento de las actitudes, y éstas, a su vez, son las predisposiciones adquiridas y estables que orientarán la manera de actuar en una situación concreta y específica.

Si los valores modelan la conciencia y el comportamiento, la receptividad como valor se hará visible a través de las acciones cotidianas de las personas y condicionará las acciones de una manera determinante, trascendiendo a través de

la coherencia entre el pensar y el hacer, y entre éste y el comunicar.

El valor receptividad, como todos los valores, tiene una dimensión universal y otra individual. La dimensión individual no es la mera concreción de lo universal, sino algo con estructura y situación propia. De esta manera, cada caso concreto tendrá una respuesta también concreta. En dos situaciones al parecer completamente idénticas, la actuación puede ser totalmente diferente por el carácter único de cada relación receptiva interpersonal.

La acción derivada de la actitud receptiva es una actitud abierta, discreta, es la escucha, es la acogida del otro y de su reconocimiento, donde el otro es el protagonista sea quien sea

La acción derivada de la actitud receptiva es una actitud abierta, discreta, es la escucha, es la acogida del otro y de su reconocimiento, donde el otro es el protagonista sea quien sea. Estas acciones no son nunca de pasividad, dado que la pasividad es la inactividad, ni son tampoco de indiferencia, ya que ésta es un menosprecio al otro. La actitud receptiva posibilita la proximidad, no como concepto físico de estar al lado,



sino como sinónimo de estar al lado del otro, atendiendo a lo que dice y a lo que siente.

En el valor receptividad es necesario incorporar el concepto de respeto, que en Richard Sennet se traduce como psicología de la autonomía, que implica el aceptar del otro lo que uno mismo no entiende, o sea, aceptar a los demás sin cuestionarse cómo son ni cómo piensan.

La receptividad como valor tiene una especial relevancia en el acto asistencial de atención a la persona enferma y vulnerable que busca ayuda, ser sanada de la enfermedad que padece o ser aliviada del dolor, cuando, según la praxis médica, la curación no sea posible. El acto en el cual la persona enferma pide ayuda puede ser realizado en una institución sanitaria o en el domicilio del propio paciente, y tiene su máximo denominador en el encuentro médico-paciente como persona vulnerable que quiere ser aliviada del sufrimiento que padece por causa de su enfermedad. Y no será en un encuentro médico-usuario, usuario como persona que usa y disfruta de un determinado servicio ni como médico-cliente, como persona que mercede con un servicio. Los términos usuario y cliente han intentado visualizar una simetría en la relación médico y enfermo en una relación contractual entre las partes, hecho que no se da por la asimetría de poder implícita en la condición de enfermo.

Los términos usuario y cliente han intentado visualizar una simetría en la relación médico y enfermo en una relación contractual entre las partes, hecho que no se da por la asimetría de poder implícita en la condición de enfermo

Relación con otros valores

La receptividad como valor se manifiesta en la relación entre personas con sus acciones u omisiones, y tiene un especial interés al coexistir y practicarse junto con otros valores. En el ámbito de la atención sanitaria, al médico que la asuma lo convertirá en una persona más sensible a las necesidades, tanto a las propias de su vida cotidiana como a las de su práctica asistencial.

Los valores que se deben tener en cuenta, entre otros, y que se describen como importantes y determinantes en la conducta del médico como persona en relación con la actitud receptiva, son:

- *Flexibilidad y tolerancia.* La flexibilidad como valor es la actitud que capacita a la persona para saber adaptarse a las distintas situaciones de la vida y no aferrarse a que las situaciones permanezcan siempre igual. La persona flexible requiere tener una mentalidad abierta a nuevas situaciones o a nuevas circunstancias que le ofrezcan oportunidades de cambio. La tolerancia es un valor exigible a toda persona abierta, que no es sinónimo de aceptar ni de compartir la totalidad del otro. Capacidad de saber escuchar y aceptar a los demás, valorando las distintas formas de pensar, en definitiva, es el respeto hacia la diferencia, admitiendo en los demás una manera de ser y actuar distintas. La flexibilidad y la tolerancia hay que practicarlas tanto con los pacientes como con uno mismo.
- *Escucha y hospitalidad.* La escucha y la hospitalidad son valores implicados en la receptividad. La actitud hospitalaria será la de ceder al paciente un lugar no sólo físico, sino también ambiental, donde pueda expresarse



con comodidad y sin barreras. Este encuentro estará condicionado a que se establezca una escucha activa a fin de conocer sus necesidades, sus preferencias y comprenderlas. Para que la comunicación sea efectiva requiere el tiempo suficiente y exige la voluntad explícita del interés por saber. Para practicar una escucha correcta no hace falta estar conforme con los mensajes emitidos por el paciente, sino captar lo que dice y por qué lo dice, y es totalmente incorrecto mostrar una apariencia malintencionada de escucha.

- *Confianza y esperanza.* Los dos valores coexisten en la praxis médica si la actitud es de receptividad. El paciente confía en el médico si capta en él el desempeño científico-técnico competente, capacidad de resolución y competencia humana persistente. La confianza será la fuerza positiva que ayuda al paciente a ir hacia delante y que le ofrezca seguridad en medio de la incertidumbre de los distintos caminos a los que puede derivar su enfermedad. La confianza se traducirá en esperanza al poder ofrecer posibilidades de curación, al ofrecer disminución del dolor y ayuda para asumir las dificultades. Sólo se podrá transmitir esperanza desde la proximidad receptiva, que no proximidad física. Esconder las dificultades que se puedan encontrar en el camino no es transmitir esperanza.
- *Honestidad y transparencia.* La persona que actúa con actitud honesta intenta obrar de manera sincera, sencilla, veraz y transparente. De sus actuaciones puede hacer un juicio crítico y es capaz de reconocer sus errores, y actuará siguiendo las directrices de su consciencia. En la honestidad hace falta la transparencia, y ésta se manifiesta en la armonía entre el pensamiento, el discurso y la acción. Esta armonía en la

actuación hará que los otros entiendan claramente sus intenciones y objetivos. La transparencia facilitará vínculos interpersonales y sociales, y será el primer valor para establecer una relación humana sólida. En la relación del médico con el paciente, la honestidad y la transparencia harán que este último pueda ser conocedor de la realidad y pueda, en definitiva, tomar decisiones y prioridades acerca de su enfermedad.

Importancia en la persona/ profesional/sociedad

La persona receptiva se relaciona con las otras personas de manera tolerante y flexible, sin prejuicios sobre su interlocutor, permitiendo que éste se exprese y que se sienta escuchado. Esta actitud le llevará también a entender que la razón no está de un solo lado, ni tampoco le dejará influirse por el razonamiento de los otros, sino que escuchará y recibirá razones para finalmente tomar decisiones. El valor de la receptividad hace ser a la persona más empática y respetuosa, características que le propiciarán una mejor convivencia dentro de la familia, en el lugar de trabajo y en la sociedad.

La receptividad como valor propicia la confiabilidad, 'confianza' en las relaciones entre las personas, y es imprescindible en el encuentro entre médico y paciente. La confiabilidad está en gran parte fundamentada en la competencia técnica del médico, relacionada ésta con los conocimientos y las habilidades profesionales y con la competencia humana, que se traduce en cómo se lleva a la práctica la praxis médica desde el punto de vista humano, al incorporar una actitud y una conducta favorecedoras de la confiabilidad.



La receptividad como valor, propicia la confiabilidad 'confianza' en las relaciones entre las personas y es imprescindible en el encuentro médico y paciente

La comunicación personal, cara a cara, médico-paciente, que muestre una actitud receptiva activa, con la mirada hacia el paciente desde una perspectiva integral, derivará hacia una relación de confianza y de respeto. De la confiabilidad derivará a la fiabilidad que ofrece el médico al responder de forma satisfactoria a las expectativas depositadas por el paciente ante la situación compleja e incierta que es el estar enfermo. Asimismo, en los espacios de relación virtual médico-paciente cabe practicar en la misma medida la actitud receptiva.

La actitud receptiva en el encuentro médico-paciente es determinante y posibilita que se pueda edificar un estado de ánimo esperanzador basado en la mutua relación. La esperanza del paciente empieza mucho antes del encuentro médico-paciente. El paciente tiene expectativas favorables en el sistema sanitario o en el médico por información recibida con anterioridad, pero, una vez ha dado lugar la relación interpersonal, el paciente espera del médico la curación, la liberación del dolor, comprensión y el no abandono. El médico, en el encuentro en el que se ha logrado la confianza, espera ser útil en las necesidades del paciente.

En la esfera social, la actitud receptiva de la persona aporta sensibilidad en diversos aspectos, como pueden ser los problemas ambientales, sociales, económicos... participando en su

deliberación, buscando hipótesis y formulando problemas y soluciones.

Una sociedad receptiva tendrá integrado el valor de la receptividad en sus acciones y pensamientos, tolerando la diversidad y los distintos modelos de comportamiento, admitiendo su manera de ser y de hacer. En la práctica favorecerá la inclusión y la convivencia de colectivos distintos. El solo hecho de pertenecer a una sociedad u organización que tenga una actitud receptiva no valida la práctica de la receptividad de una persona en concreto. La no aceptación en la diversidad de pensar, de hacer, cultural, religiosa, etc., crea conflictividad y propicia la no convivencia.

Implicaciones en el quehacer diario

Ser receptivo implica estar capacitado para poder deliberar con profesionales de distintos perfiles, con los pacientes y con los distintos agentes sociales cuando el médico, en el ejercicio de la profesión, deba tomar partido y posicionarse sobre qué acción o posición es la más apropiada ante situaciones de no consenso, o bien cuando exista un conflicto latente de valores entre las partes.

En este encuentro médico-paciente, la receptividad se hace presente no sólo en el lenguaje, las palabras y la atención a sus palabras, sino también en el tono de voz, en la mirada hacia el paciente, en el tiempo empleado y en la actitud relajada.

En el escenario de relación médico-paciente, relación que es de cara a cara, el médico que muestre una actitud receptiva y una mirada hacia



el paciente desde una perspectiva integral, en la que estén presentes todas las dimensiones de la persona, biológica, social, psicológica y espiritual, hará posible el diálogo y la deliberación con éste, facilitando así el conocimiento por parte del médico de los valores asociados a él y que han de formar parte de la toma de decisiones clínicas, y además con su conocimiento alentará al mismo paciente en la implicación al tratamiento, haciéndole partícipe de su proceso de curación.

El modelo hipocrático centrado en la beneficencia/ no maleficencia actualmente es insuficiente.

La actitud receptiva centrada en todas las dimensiones del paciente propiciará la confianza y el respeto mutuos. Tan importante es que el paciente tenga confianza en el médico como que el médico lo sepa. La confianza mutua fruto de una actitud receptiva, junto con otros valores, reforzará en el médico las decisiones que se deban tomar.

La actitud receptiva en la relación médico-paciente, cuando la confianza se ha establecido, juega un papel determinante en la toma de decisiones

La actitud receptiva en la relación médico-paciente, cuando la confianza se ha establecido, desempeña un papel determinante en la toma de decisiones. El médico actúa teniendo en cuenta las preferencias del paciente y queda liberado de practicar una medicina a petición del paciente, para satisfacer sus inquietudes, y una medicina defensiva por temor a posibles litigios.

El médico con actitud receptiva practica la tolerancia y favorece la convivencia, que,

ejercida con respeto mutuo ante los valores y opiniones distintas, facilitará la colaboración interprofesional y creará sinergias como resultado de las aportaciones de los distintos profesionales, y así se abrirá la oportunidad de conocer otros puntos de vista y de posibilidades, tanto en el ámbito asistencial como en el de investigación y docencia.

La receptividad del médico se manifiesta también respondiendo a las preguntas o dudas planteadas por el mismo paciente o familiares en relación con otros posibles tratamientos basados en medicinas complementarias.

El médico ha de facilitar información de la evidencia, la eficacia y las contraindicaciones del tratamiento complementario. En la información ha de advertir del carácter no convencional, sino complementario, del tratamiento consultado, y que éste no es sustitutivo de ningún tratamiento anteriormente prescrito. Si el médico no practica las medicinas complementarias, ha de facilitar que otro profesional pueda ayudar a dar la información necesaria para resolver las dudas del paciente o de los familiares.

Consecuencias de su falta de consideración

La comunicación interpersonal médico-paciente no receptiva derivará en una falta de confianza. La poca confianza depositada del paciente hacia el médico, además de disminuir el valor social de la relación, disminuirá también el valor del éxito de la intervención terapéutica.

La actitud poco receptiva y distante del médico hacia el paciente, si en un primer lugar puede



considerarse como una estrategia para su protección ante las múltiples inquietudes, puede propiciar un sistema de arrogancia, donde no se ve al paciente como a una persona, sino como a una enfermedad.

En la no receptividad en la relación médico-paciente, el paciente no será un receptor de ayuda, al no poder incorporar sus valoraciones y preferencias en el acto asistencial. En esta situación, el paciente se convertirá en un espectador de sus necesidades, y puede en cierta manera ser manipulado por el médico y/o adquirir un complejo de inferioridad al depender íntegramente del médico.

Sabido es que la adhesión al consejo terapéutico es multifactorial, y su cumplimiento, dificultoso, cuando el tratamiento ha de ser seguido durante un largo período. Si falta una actitud receptiva, y el conocimiento de las preocupaciones, prioridades, motivaciones y objetivos vitales del paciente es obviado por el médico, éste no podrá compartir con el paciente la responsabilidad del consejo terapéutico.

La receptividad, como fruto de la relación personal, puede estar totalmente distorsionada o hacerse invisible, al priorizar la especialización médica como sinónimo del ejercicio de la medicina subdividida en parcelas, al depositar suma confianza en la tecnología y en la enfermedad del órgano. Si bien la subespecialización es totalmente necesaria para el aumento y desarrollo del conocimiento, en ella vemos frecuentemente que la relación médico-paciente está basada en un interrogatorio muy dirigido, en que el paciente sólo responde con monosílabos, y se obtienen datos clínicos necesarios, pero incompletos, para un correcto

diagnóstico y tratamiento, al no incorporar datos sobre las preferencias y los valores del paciente.

Beneficios individuales y colectivos de su correcta observación

Los valores en general, y en este caso el valor de la receptividad, son el motor y el cambio de las actuaciones, tanto personales como profesionales, en las instituciones y en la sociedad, que será flexible, tolerante, acogedora y sensible. Serán indicadores de una dirección de transformación hacia la excelencia humana y social.

Las características de actuación que implica ser receptivo aumentan la satisfacción del médico y del paciente. El médico entiende y capta la personalidad del paciente, adapta su lenguaje, y así el dialogo es más directo, fructífero y, como resultado, más positivo. A mejor información y confianza, mayor satisfacción del paciente y del médico.

Una institución o una sociedad receptiva que ofrezca la voz y escuche a la ciudadanía en relación a la atención a los problemas de salud en sus políticas, generará una resolución más eficiente de estos

Una institución o una sociedad receptiva que ofrezca la voz y escuche a la ciudadanía en relación con la atención a los problemas de salud en sus políticas generará una resolución



más eficiente de estos al estar asociados a las prioridades que se hayan determinado, sin la creación de conflictividad al competir por los mismos recursos, y aumentará asimismo la percepción de calidad y equidad del servicio.

La evaluación colectiva, reflexionada dentro de un proceso receptivo-deliberativo, será determinante para priorizar la prestación de servicios, sin verse éstos condicionados a los costes, sino a la deliberación y racionalidad.

Resumen/mensajes finales

Los valores, y en concreto la receptividad, son una cualidad real e ideal. Es una exigencia que orienta al médico hacia una finalidad a realizar de un modo determinado su praxis médica. El valor será el ideal al que la persona se sienta vinculada, y el ideal será el modelo al que imitar.

Los valores se transmiten con el ejemplo y no con la doctrina. La fuerza reside en cómo un modelo es susceptible de imitación por su forma de ser y de hacer.

El médico que quiera alcanzar una actitud receptiva tendrá que adquirirla practicándola. La adquisición de los valores es una tarea y una opción personal, y determinará su singularidad como médico.

La práctica de los valores merece una revisión continua para dar la mejor respuesta a las necesidades de los pacientes, de los profesionales y de la institución en la que se prestan los servicios, si fuera el caso.

Bibliografía

- Álvarez JM. Fidelidad a la confianza. Cuadernos de Bioética 2014; 25: 93-7.
- Haynes RB, Sachett DL, Taylor DW. Compliance in healthcare. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1997.
- Jovell AJ. La confianza. En su ausencia, no somos nadie. Barcelona: Plataforma Editorial; 2007.
- Los fines de la medicina. El establecimiento de unas nuevas prioridades. Proyecto Internacional del Hasting Center. Barcelona: Fundación Grífols; 2004.
- Molins V. La confiança. Barcelona: Brúixola; 2000.
- Sans-Boix A. Ciudadano, usuario, cliente, paciente, enfermo. Ensayos de bioética-3. Barcelona: Mapfre; 2003.
- Torralla F. Cent valors per viure. Lleida: Pagès Editors; 2001.
- Torralla F. La construcció de l'esperança: edificació i receptivitat. Barcelona: Edimurtra; 1998.





— 5 —

Honradez e integridad

JORDI PALÉS ARGULLÓS



Jordi Palés Argullós

Director de la Fundació Educació Mèdica (FEM)

Catedrático de Fisiología, Facultad de Medicina, Universitat de Barcelona

Nacido en Barcelona en 1950. Doctor en Medicina por la Universitat de Barcelona (1978). Catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona. *Fellow* de la AMEE (Association for Medical Education in Europe). Académico numerario de la Reial Academia de Medicina de Catalunya. Miembro del Comité Asesor de FEPAFEM (Federación Panamericana de Escuelas y Facultades de Medicina). Evaluador de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación en España (ANECA).

Desde 1980, además de desarrollar su actividad investigadora en fisiología, ha desarrollado una intensa labor en el campo de la educación médica, abordando, entre otros, los temas de desarrollo curricular, definición de competencias profesionales, evaluación y formación en valores profesionales (profesionalismo Médico). Ha sido presidente de la Sociedad Española de Educación Médica (2001-2013). Miembro del Comité ejecutivo de la AMEE (2007-2013). Desde el año 1997 es miembro del Patronato de la Fundación Educación Médica y, actualmente, director de la misma y de su revista (Revista de la Fundación Educación Médica). Ha publicado diferentes artículos y libros sobre diversos aspectos de educación médica en revistas nacionales e internacionales, ha presentado diversas comunicaciones y ha pronunciado diversas conferencias y ponencias en congresos de educación médica, tanto nacionales como internacionales, especialmente en Iberoamérica. Ha dirigido un Máster en Educación Médica.

Publicaciones

Palés J, Cardellach F, Estrach MT, Gomar C, Gual A, Pons F, et al. Defining the learning outcomes of graduates from the medical school at the University of Barcelona. (Catalonia, Spain). *Med Teach* 2004; 26: 1-5.

Palés, J. Gual, A. Medical education in Spain: current status and new challenges. *Med Teach* 2008; 30: 365-9.

Gual A, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch, A. Proceso de Bolonia (III). Educación en valores. *Profesionalismo. Educ Med* 2011; 14: 73-81.

Tomàs I, Palés J. Spanish dental students: perception of the educational climate. *Med Teach* 2013; 35: 260-1.

Nolla M, Palés J. Educación en los valores de los médicos y del profesionalismo. La evaluación del profesionalismo. En Millán J, Palés J, Morán J, eds. *Principios de Educación Médica*. Madrid: Panamericana; 2014. p. 196-203.

Palés J. El desarrollo del personal docente. Los nuevos roles del profesor. En Millán J, Palés J, Morán J, eds. *Principios de Educación Médica*. Madrid: Panamericana; 2014. p. 327-33.

Palés J. Estrategias para el aprendizaje del profesionalismo. *Educ Med* 2015; 16: 13-6.

Palés J, Gual A, Escanero J, Tomàs I, Rodríguez-de Castro F, Elorduy M, et al. Educational climate perception by preclinical and clinical medical students in five Spanish medical schools. *Int J Med Educ* 2015; 6: 65-75.

Ferreira-Valente A, Costa P, Elorduy M, Virumbrales M, Costa MJ, Palés J. Psychometric properties of the Spanish version of the Jefferson Scale of Empathy: making sense of the total score through a second order confirmatory factor analysis. *BMC Med Educ* 2016; 16: 242.

Palés-Argullós J, Gasull-Casanova A, Soto D, Comes N, Nolla-Domenjó M, Gual A. Introduciendo el profesionalismo médico en etapas precoces del currículo de medicina: un curso para alumnos de primer año del Grado de Medicina. *FEM* 2017; 20: 1-4.

Honradez e integridad

Introducción

La honradez, la honestidad o la integridad son valores trascendentales en la sociedad, y deberían ser tenidos por todos y cada uno de sus miembros, aunque desgraciadamente esto no es así. Damos por hecho que los médicos los han de tener en una doble vertiente, en su vida como ciudadanos y en su práctica profesional. De entre las responsabilidades que fija el *Physicians Charter*, el compromiso de honradez e integridad u honestidad con los pacientes se considera uno de los principales valores que se deben observar y que va más allá del ámbito de la relación médico-paciente.

Definiciones

El primer problema que hay que abordar es el de la terminología que se va a utilizar. Actualmente, en español, solemos usar de forma indistinta los términos honradez, honestidad o integridad. Sin embargo, si nos atenemos de forma estricta a su significado, recurriendo a las definiciones que nos da la Real Academia Española (RAE), veremos que estos términos no significan exactamente lo mismo. Revisemos estas definiciones.

La RAE define la integridad como la condición de una persona íntegra, de la persona que es recta, proba, intachable e incorruptible.

Por lo que se refiere a la honradez, ésta la define como la rectitud de ánimo e integridad en el obrar y el respeto por las normas que se consideran adecuadas.

Finalmente, la RAE define la honestidad como la cualidad de honesto, por tanto, hace referencia a el que es decente, decoroso, pudoroso, razonable, justo y probo.

Estas definiciones nos permiten apreciar algunas diferencias que podemos ilustrar con un ejemplo. Así, un político puede ser honrado si cumple las promesas electorales, busca el bienestar del electorado y no pretende enriquecerse a su costa, pero puede no ser honesto si lleva una vida privada desordenada.

Sin embargo, en la actualidad, y por influencia del idioma inglés, en la que existe sólo la palabra *'honesty'*, que abarca los conceptos de los términos honradez y honestidad, se ha ido generalizando el empleo de los tres términos como sinónimos, e incluso la RAE ha terminado por aceptar la sinonimia por el uso. Por ello, en este capítulo nos referiremos a ellas como términos que vienen a expresar el mismo significado en sentido amplio.



Relaciones con otros valores o principios similares

El valor de la honradez o de la integridad, en la profesión médica, supone la adhesión firme a un código de valores morales y a una manera recta de actuar

El valor de la honradez o de la integridad, en la profesión médica, supone la adhesión firme a un código de valores morales y a una manera recta de actuar. Por ello, estos valores impregnan o deberían impregnar toda la actividad del profesional médico. No se entiende la observancia de los diferentes valores en un profesional médico que no reúna el valor de la honradez. Tanto es así que, en muchos tratados y resúmenes sobre los valores de los médicos, el de la honestidad se olvida, porque se da por supuesto. Por ejemplo, el American College of Physicians, en la última versión de su manual de ética publicado en enero de 2019, hace una definición de la profesión médica, indicando que está caracterizada: 'a) por tener conocimientos relacionados con la salud, que deben no tan sólo practicar con sus pacientes, sino que además deben expandir y enseñar; b) por tener un código ético como guía de actuación moral; c) por una práctica que coloca al paciente por encima de su propio interés; y d) porque su regulación es singular y socialmente admitida como específica y propia'.

Repasando los diferentes valores que se abordan en esta monografía, es claro que la integridad o la

honradez son valores indispensables para respetar la autonomía del paciente y su dignidad, para escuchar, aceptar y gestionar las opiniones de los otros, para actuar con altruismo y actuar de forma ética y moral. Asimismo, un profesional íntegro se preocupará de mantener su competencia y de ser confiable. Un profesional íntegro mantendrá siempre la confidencialidad. Finalmente será responsable con la sociedad, con la profesión y estará comprometido a actuar en el interés del paciente.

En el año 2002, el American Board of Internal Medicine publicaba el documento denominado *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*, que fijaba los compromisos profesionales que un médico debía cumplir en el nuevo milenio. Estos compromisos se enumeran en la tabla 1. Difícilmente, un profesional que no sea honrado o íntegro podrá cumplir con dichos compromisos. Por ello, sin duda, el valor de la honradez se relaciona directa o indirectamente con todos los valores del profesionalismo médico.

Importancia en la persona, en la profesión y en la sociedad

La honradez del profesional médico se debe manifestar en diferentes ámbitos. Éstos abarcan desde el ámbito personal al de los pacientes, al ámbito de la profesión y de la sociedad, al de las instituciones donde trabaja, y al de las diversas administraciones (sanitarias, de justicia y otras) con que se relaciona el profesional. Discutamos brevemente estos ámbitos que figuran en la tabla 2.



Tabla 1.
Compromisos presentes en el Physician Charter (responsabilidades profesionales)

Compromiso con la competencia profesional
Compromiso de honestidad con los pacientes
Compromiso con la confidencialidad del paciente
Compromiso con el establecimiento de relaciones adecuadas con los pacientes
Compromiso con una atención sanitaria de mayor calidad
Compromiso con la mejora del acceso a la asistencia médica
Compromiso con la distribución justa de los recursos finitos
Compromiso con el saber científico
Compromiso con el mantenimiento de una confianza sólida gracias a la solución de los conflictos de interés
Compromiso con las responsabilidades profesionales

Tabla 2.
Ámbitos en los que se manifiestan los valores de la honradez/integridad.

Honradez consigo mismo
Honradez en la relación médico-paciente
Honradez en la investigación
Honradez en la relación con los compañeros
Honradez en la docencia
Honradez en relación con el sistema sanitario
Honradez e integridad en sus relaciones con la industria farmacéutica y sanitaria en general
Honradez con los colegios profesionales
Honradez con la administración de justicia

El médico honrado es aquel que, siendo consciente en todo momento de los límites de sus conocimientos y competencias, se preocupa de mantenerlas actualizadas

El profesional ha de ser honrado consigo mismo

En primer lugar, el profesional honrado e íntegro será el que es consciente de sus propias limitaciones y que por ello es capaz de solicitar ayuda a otros compañeros. Debemos

recordar aquí que el Código de Deontología de la Organización Médica Colegial (CDM) es muy ilustrativo en este punto, cuando indica en el artículo 22.1 que ‘el médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad, y en tal caso propondrá al paciente que recurra a otro compañero competente en la materia’. El



médico honrado es el que, siendo consciente en todo momento de los límites de sus conocimientos y competencias, se preocupa de mantenerlas actualizadas y, por tanto, realiza las actividades de formación continuada que le ayudan a mantener su competencia y su desarrollo profesional continuo.

Además, un médico íntegro es el que cuida su salud física y psíquica, que evita desarrollar conductas adictivas y que, en caso de enfermedad, recurre a las instancias adecuadas cuando es preciso. El CDM, en su artículo 22.2, se refiere a las conductas que se deben realizar en caso de enfermedad del médico. Así, este artículo reza: 'Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional'. Y el artículo 22.3 dice: 'Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del colegio de médicos, de forma objetiva y con la debida discreción'. Esta actuación no supone faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes es siempre prioritario.

La honradez en la relación médico-paciente

Éste es el ámbito donde en mayor medida se debe hacer patente la observación de este valor. Un médico íntegro es el que no falta a la verdad en la relación con los pacientes, empezando por exponer claramente su ámbito de competencia, sus cualificaciones y su cargo actual.

El médico ha de mantener informado, de manera completa y honesta, a sus pacientes, con objeto de que éstos sean capaces de tomar decisiones en el ámbito de su autonomía que pueden afectar a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Esto no significa que el paciente se involucre en todas y cada una de las decisiones diarias, sino en las que sean relevantes o se refieran a los aspectos clave del plan de manejo de la enfermedad. La información al paciente ha de ser verídica, aunque prudente, tal como señala el artículo 15.1 del CDM. 'El médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico, se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente'.

A veces, en relación con la información a sus pacientes, que debe ser verídica, comprensible, medida, prudente y honesta, se limita la honestidad del médico, con el objetivo de que los pacientes sean capaces de tomar decisiones sobre esta información sin 'mentiras piadosas' para ejercer su autonomía en el ámbito de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En algún código de deontología se dice que 'un pronóstico grave debe ser disimulado al paciente, pero explicado a los familiares'. Este comportamiento, aunque comprensible, no puede ser aceptado, por su falta de honradez, ya que todos los que rodean al paciente conocen bien la realidad amarga de su situación, menos él, que es el protagonista de su propia historia.

Esta información a los pacientes debe referirse también a los efectos adversos que potencialmente se puedan producir o que hayan tenido lugar como consecuencia un tratamiento, de errores o incidentes. En los casos en que el



paciente sufra algún daño físico o psíquico bajo el cuidado del profesional, éste deberá, si es posible, poner los medios para remediar la situación producida, y explicar al paciente y sus familiares de forma comprensible lo sucedido.

En consecuencia, se deriva de este compromiso del médico la necesidad de analizar las razones de los posibles errores, no ignorándolos o despreciándolos. La guía *El buen quehacer médico* (BQM), en su recomendación 11, indica que: 'El médico ha de ser honrado y sincero con sus pacientes cuando se producen complicaciones, errores o accidentes. Si su paciente sufre algún daño físico o psíquico estando bajo su custodia, el médico procurará con prontitud: a) Remediar la situación producida, si es posible. b) Explicar lo antes posible, qué es lo que ha sucedido y las previsibles consecuencias a corto y largo plazo'. Asimismo, un profesional honesto no debería ocultar a sus pacientes que en ocasiones puede no tener la certeza de su diagnóstico.

La honradez en el trato con el paciente pasa también por observar los compromisos establecidos con los pacientes en su proceso de atención, evitar relaciones íntimas con los pacientes o familiares, evitar el acoso sexual con pacientes o familiares, o exigir contraprestaciones monetarias exageradas y desproporcionadas a sus servicios.

Pero también supone evitar la práctica de la medicina defensiva a través de la indicación de pruebas y tratamientos que no tengan como objetivo el beneficio del paciente, y evitar la práctica de especialidades o procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que no esté capacitado y certificado.

El médico íntegro deberá mantener la confidencialidad en relación con la información de sus pacientes, respetando el marco legal y ético que corresponda. El artículo 27.2. del CDM resume bien el compromiso médico sobre la confidencialidad: 'El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo lo que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica'. Finalmente, el médico íntegro tiene la obligación de registrar adecuadamente todos los datos en las correspondientes historias clínicas de los pacientes y de emitir certificados e informes médicos que se ajusten a la verdad de los hechos. Además, deberá preocuparse de custodiar de forma segura toda la documentación que se refiera a sus pacientes y cumplir con las normas de protección de datos.

La honradez en la relación con los compañeros

La honestidad se ha de manifestar en relación con los/as compañeros/as de profesión, comprometiéndose a compartir sus conocimientos con otros colegas y personal sanitario, trabajar adecuadamente con otros profesionales como miembros de equipos multiprofesionales y no expresar críticas acerca del desempeño profesional de sus compañeros en su ausencia, ni atraerse a sus paciente. Para que el profesional sea honesto en su relación con los colegas ha de tener presente lo que indica el CDM en su artículo 37.1: 'La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen preferencia los derechos del paciente'; y en el artículo



37.2: 'Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto, lealtad, sea cual fue la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas'. Asimismo, el médico, como líder del equipo asistencial, debe actuar con honestidad e integridad en las relaciones con los diferentes miembros del mismo. Debe evitar el acoso con todo tipo de colegas o personal del equipo.

La honradez en la investigación

Una parte importante de los profesionales realizan tareas de investigación en sus respectivas instituciones. Ser honesto u honrado en este ámbito supone cumplir las normas ético-legales de la investigación, no participar como autor o coautor en trabajos en los que no hubiera participado, así como no falsificar resultados o plagiar información.

En este ámbito se deben considerar también especialmente las recomendaciones del artículo 59.3 del CDM. 'El respeto por el sujeto de investigación es el principio rector de la misma. Se deberá obtener siempre su consentimiento explícito. La información deberá contener, al menos: la naturaleza y finalidad de la investigación, los objetivos, los métodos, los beneficios previstos, así como los potenciales riesgos e incomodidades que le puede ocasionar su participación. También debe ser informado de su derecho a no participar o a retirarse libremente en cualquier momento de la investigación, sin resultar perjudicado por ello'. Ser honrado en este ámbito supone también declarar siempre los conflictos de interés y de abstenerse de participar cuando el conflicto se dé en el contexto de sus decisiones.

La honradez en la docencia

La docencia es un imperativo hipocrático de los médicos. Todo médico ha de enseñar y la mayor parte de ellos realizan actividades docentes en universidades, hospitales o centros de asistencia primaria. El valor de la integridad se ha de observar en el desarrollo de sus actividades docentes. Esto significa que los médicos han de abordar sus obligaciones docentes con competencias adecuadas y, por ello, han de actualizar las que faciliten el aprendizaje de sus alumnos o residentes u otros profesionales de la salud. Han de realizar además estas tareas con interés y compromiso, con puntualidad y disponibilidad.

Además, en el caso específico de la docencia clínica, debe considerarse en todo momento lo que señala el CDM en su artículo 63.5: 'Los responsables de la docencia clínica velarán por que los procesos de enseñanza y aprendizaje se desarrollen minimizando las molestias que pudieran suponer para los pacientes'. Una vez más, la honradez del profesional debe tener presente que el interés del paciente es siempre prioritario.

Finalmente, no deben adoptar conductas discriminatorias hacia sus alumnos ni demostrar otro tipo de conductas inadecuadas con ellos, y evaluarlos de forma justa y objetiva.

La honradez en relación con el sistema sanitario

Los profesionales han de ser honestos en relación con el sistema sanitario en el que trabajan. Por ello deben hacer un uso responsable de los recursos de las instituciones



y del sistema sanitario, y más aún en tiempos de crisis económica. Han de ser capaces dichos recursos de forma prudente y adecuada, sin que ello suponga merma de la calidad asistencial que proveen a sus pacientes.

Los profesionales deben hacer un uso responsable de los recursos de las instituciones y del sistema sanitario

Cuando el médico honesto observe una inadecuada infraestructura para su práctica profesional correcta, debe seguir el camino que le indica el artículo 45.2 del CDM: 'El médico pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen la correcta asistencia. Si no fuera así, las denunciará ante su colegio, y en última instancia a las autoridades sanitarias, antes de poder hacerlo a otros medios'.

La honradez e integridad en sus relaciones con la industria farmacéutica y sanitaria en general

En este ámbito es fundamental que los profesionales actúen con integridad, no admitan compensaciones de cualquier tipo que puedan influir en sus prescripciones y declaren en cualquier caso todos los conflictos de interés en los que se puedan ver implicados. El médico honrado debe oponerse a los intentos de diferentes agentes de medicalizar en exceso a los pacientes con fines comerciales. El médico ha de tomar conciencia de evitar actuaciones que los *lobbies* sanitarios llevan a cabo con finalidades básicamente lucrativas.

La honradez y los colegios profesionales

Todos los profesionales han de conocer los códigos deontológicos y observarlos. Decíamos al principio que la integridad supone la adhesión a un código de conducta. En este sentido, el código deontológico es de obligado conocimiento y cumplimiento, y será observado por un médico íntegro.

La honradez con la administración de justicia

Los profesionales íntegros han de colaborar siempre que se les requiera en las investigaciones oficiales y en las reclamaciones aportando la información relevante y manteniendo la confidencialidad. El médico honesto que sea citado como testigo en un procedimiento judicial debe actuar con las consideraciones expresadas en el BQM en la recomendación 24. 'El médico, cuando es citado ante los tribunales en sus actuaciones periciales, debe ser veraz, sincero y fidedigno, y asegurarse de que todas las pruebas y documentos que redacta y firma sean verídicos; por ello, debe: a) Verificar razonablemente que la información aportada en la pericial procede de fuentes fidedignas. b) No omitir de manera deliberada ninguna información relevante' Asimismo, el artículo 62.3 del CDM añade un importante consejo, que sólo revelará lo necesario para la resolución del asunto judicial: 'El médico que fuese citado como testigo, en virtud de nombramiento judicial, tiene la obligación de comparecer. En el acto testifical se limitará a exponer los hechos que, en virtud de su condición de médico, haya visto u oído y que sean relevantes para la causa. Preservará el secreto médico hasta donde sea posible y sólo revelará aquello que sea estrictamente



necesario para la resolución del asunto judicial. En los pleitos civiles no podrá dar información privilegiada obtenida confidencialmente por su condición de médico’.

Implicaciones en el quehacer diario

El valor de la honradez está presente o entra en juego en todas las actividades de los profesionales. Son constantes los momentos y múltiples las situaciones en que este valor se puede poner en cuestión planteando retos cotidianos. Para ilustrarlo describiremos algunos ejemplos en los que estos valores entran en juego, siendo conscientes de que en ningún caso se trata de un listado exhaustivo de todas las situaciones posibles en que el médico se pueda encontrar.

El valor de la honradez está presente en todas las actividades profesionales

He cometido un error y de él se han derivado consecuencias para el paciente. ¿Qué actitud debo tomar?

Un profesional ha de actuar siempre con sinceridad en el trato con los pacientes, muy especialmente cuando se producen complicaciones o errores que determinan algún daño para el paciente. En ningún caso se debe esconder el error. Además, un médico íntegro deberá remediar la situación si es posible, y explicar a pacientes y familiares lo

que ha sucedido. Esto conlleva también que el médico responda de forma honrada, rápida y detalladamente a las posibles reclamaciones de los pacientes. Se debe recordar que el artículo 17.1 del CDM indica que ‘El médico deberá asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y errores, ofreciendo una explicación clara, honrada, constructiva y adecuada’.

Si no estoy seguro del diagnóstico, ¿mi paciente debe saberlo?

En este caso, el profesional íntegro deberá comunicar al paciente esta circunstancia, que contribuirá al establecimiento de una mejor relación médico-paciente.

No actúo adecuadamente frente a los riesgos que afectan a la seguridad de los pacientes

El médico deberá tomar las medidas que promueven en todo momento la seguridad del paciente. Ello puede ir desde mantener una máxima higiene (como lavarse las manos antes de explorar al paciente) hasta no indicar exploraciones innecesarias que puedan poner en riesgo a los pacientes.

Prescribo fármacos que se reconocen como ineficaces para evitar problemas con los pacientes

El profesional debe evitar en todo caso la prescripción de fármacos de los que no se haya demostrado su eficacia o la prescripción de placebos, por ejemplo.



Exido certificados que no se ajustan a la realidad o introduzco datos inexactos en las historias clínicas

El profesional ha de ser consciente de que nunca debe introducir datos falsos o inexactos en documentos oficiales (certificados e historiales clínicos, informes de peritaje) bajo ningún concepto, dado que, aparte de faltar a los valores de integridad, estará cometiendo posibles delitos. Por otra parte, dejar constancia de todos los datos necesarios en las historias clínicas es obligatorio.

Exido partes de baja laboral no justificada

El profesional íntegro debe negarse a expedir certificados de baja que no correspondan a situaciones reales bien justificadas y que no hayan sido comprobadas por el profesional.

Me proponen firmar como autor un trabajo en el que no he participado. No declaro los conflictos de intereses que me corresponden

El profesional debe abstenerse de firmar como coautor en un trabajo en el que no ha participado de forma directa y significativa, aunque se le ofrezca. Es fundamental asimismo declarar en todos los trabajos los posibles conflictos de intereses.

He sido citado por la administración de justicia como perito

El médico al ser citado por los tribunales como perito debe ser veraz y fidedigno, no omitiendo ninguna información relevante y manteniendo la confidencialidad cuando corresponda.

He sido amonestado por alguna falta relacionada con mi ejercicio profesional o he sido condenado por delito grave

En estos casos es ineludible informar a su colegio. En los casos en que el médico tenga alguna restricción de su práctica profesional, debe informar a sus pacientes y al centro donde trabaje de tal circunstancia.

Las relaciones económicas con pacientes en la sanidad privada o pública

En las relaciones con los pacientes en el ámbito de las medicina privada o pública, el profesional deberá actuar honradamente en lo referente a los aspectos económicos, presentándoles unos honorarios justos y adecuados. Tampoco deberá aceptar compensaciones de los pacientes fuera de los honorarios que correspondan ni permitir que sus intereses particulares influyan en sus decisiones de tipo diagnóstico y terapéutico. El BQM lo resume bien en su recomendación 27: 'El médico debe actuar con honradez y transparencia en las relaciones económicas o comerciales con pacientes, empresarios, compañías de seguros y cualquier otra organización o persona.'

Una empresa sanitaria me ofrece una compensación económica por prescribir sus productos o me ofrece pagarme una actividad docente en la cual se publicitará un determinado producto sanitario

El médico no debe en este contexto aceptar ningún incentivo o atenciones que puedan influir en su prescripción. La recomendación 30 del BQM lo expresa de forma taxativa, 'El médico no debe aceptar ni pedir ningún



incentivo, obsequio o atenciones sociales que puedan afectar a su manera de prescribir, tratar, derivar pacientes o encargar servicios. Tampoco debe ofrecer ningún tipo de incentivo, ni a sus pacientes ni a otros compañeros profesionales...’

Critico y discrimino a compañeros que poseen opiniones no coincidentes con las mías

No debo expresar nunca críticas a compañeros en su ausencia.

No participo de forma periódica en actividades de formación para mantener mi competencia

Es una obligación ineludible de todo profesional íntegro someterse de forma periódica a la evaluación de sus competencias y a los procesos de recertificación que se arbitren.

Dejo de atender a mis obligaciones como docente

Debo asegurar mi presencia y la puntualidad.
Debo actualizar mis habilidades docentes.
Debo evaluar justamente a mis alumnos o mis compañeros cuando soy requerido para ello. Es deber de todo médico implicarse en el aprendizaje y evaluación de compañeros y compañeras, tal como refleja la recomendación 56 del BQM: ‘El médico debe estar dispuesto y preparado para contribuir en todas las etapas de la formación de los médicos. El médico docente también estará dispuesto a colaborar en la formación de otros profesionales de la salud’. También actuar con honestidad en la evaluación de colegas, como indica la recomendación 57 del BQM: ‘El médico tiene que actuar con honradez y objetividad

cuando da referencias y cuando valora y evalúa la actuación de sus compañeros...’.

Consecuencias de su falta de consideración y beneficios individuales y colectivos de su correcta observación

La falta de consideración del valor de la honradez se traducirá en una pérdida de confiabilidad del profesional y en una alteración de sus relaciones con los pacientes, con sus colegas y con las instituciones sanitarias y con colegios profesionales.

La falta de consideración del valor de la honradez se traduce en una pérdida de la confiabilidad del profesional

La correcta observación del valor de la honradez comporta beneficios tanto al profesional como a los colectivos relacionados con sus tareas profesionales y sus pacientes. La observación por parte del profesional de los valores de honradez e integridad le hace respetable tanto a nivel humano como a nivel profesional, además de suponer una satisfacción propia al ejercer la práctica profesional de forma honesta.

El médico no sólo hace de médico, sino que es médico. El médico, en su formación, se somete a un proceso transformacional por el cual se adquieren conocimientos y habilidades y por el cual, sobre todo, debería incorporar los valores de la profesión médica y en especial los de honradez



e integridad, que, como hemos ido analizando, deberían impregnar todas sus actividades.

El médico no solo hace de médico, sino que es médico

De aquí se deduce la importancia de que los que asumen funciones docentes de los futuros profesionales de la salud sean ellos mismos honrados e íntegros, ya que en este proceso van a tener una enorme responsabilidad como modelos de sus alumnos en las diferentes fases del continuo educativo.

Resumen y mensajes finales

El valor de la honradez o integridad está intrínsecamente presente en la mayor parte de los valores profesionales.

La observación del valor de la honradez/integridad facilita la observación y el cumplimiento de los demás valores del profesionalismo médico y muy especialmente los del comportamiento ético y de adhesión a un código de conducta, el respeto por la autonomía del paciente y su dignidad, el altruismo, el mantenimiento de la confidencialidad y el mantenimiento de su competencia, la responsabilidad con el paciente, la sociedad y la profesión.

La honradez está presente en diferentes esferas o ámbitos, como en el propio ámbito personal, en el de la relación médico-paciente, en el de la relación con colegas, en el de las tareas investigadoras y docentes, y en el de las relaciones con el sistema sanitario, con la industria farmacéutica,

con los colegios profesionales, con la administración de justicia y otras.

La observación del valor de la honradez es clave para un correcto ejercicio profesional de los médicos en cualquiera de los contextos en los que se desarrolle este ejercicio.

Los profesionales con responsabilidades docentes en cualquier nivel del proceso de formación de los médicos han de desempeñar un papel fundamental en la adquisición de estos valores, ya que actúan como modelos. Por ello, la honradez y la integridad deberán ser la guía de la actuación de los docentes.

Bibliografía

- ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.
- Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Teaching medical professionalism. New York: Cambridge University Press; 2009.
- Gual A, Monés J. El buen quehacer del médico. Cuadernos CGCOM. OMC; 2018.
- Organización Médica Colegial. Código de deontología médica. Guía de ética médica. URL: https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/basic-html/page-1.html#. [08.06.2019].
- Pardell H, Gual A, eds. El médico del futuro. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2009.
- Sulmasy LS, Bledsoe TA; for the ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American College of Physicians ethics manual: 17th edition. *Ann Intern Med* 2019; 170 (Suppl 2): S1-32.





— 6 —

El respeto a las creencias, el respeto a las personas

MONTSE ESQUERDA ARESTÉ



Montse Esquerda Aresté

Pediatra. Directora general del Institut Borja de bioètica, Universitat Ramon Llull

Profesora associada de Bioètica, Facultat de Medicina, Universitat de Lleida

Nacida en Llardecans (Lleida) en 1969. Licenciada en Medicina por la Universitat de Lleida, especialista en Pediatria en el Hospital Universitari Vall d'Hebron-UAB, doctora en Medicina por la Universitat Autònoma de Barcelona y máster en Bioètica y Derecho por la Universitat de Barcelona. Es directora general del Institut Borja Bioètica-Universitat Ramon Llull, pediatra en el Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida y profesora asociada en la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida.

Su trabajo de investigación gira en torno al desarrollo de actitudes y valores durante la formación en bioética en el ámbito de estudiantes y profesionales sanitarios (razonamiento moral, sensibilidad ética, empatía, *burnout*) y sobre desarrollo de la competencia del menor maduro.

Desde el año 2014 dirige el Máster Universitario en Bioética del Institut Borja de la Universitat Ramon Llull. Colabora en diferentes postgrados y másteres, como en el Máster en Bioética de la Cátedra de Bioética de la universidad de Comillas.

Publicaciones

Yugüero O, Esquerda M, Marsal JR, Soler-González J. (2015). Association between sick leave prescribing practices and physician burnout and empathy. *PLoS One* 2015; 10: e0133379.

Esquerda M, Yugüero O, Vinasn J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria* 2016; 48: 8-14.

Yugüero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: a cross-sectional study. *Medicine* 2017; 96: e8030.

Yugüero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC family practice* 2017; 18: 63.

Agusti AM, Esquerda M, Amorós E, Kiskerri A, Nabal M, Viñas J. (2018). Miedo a la muerte en estudiantes de Medicina. *Medicina Paliativa* 2018; 25: 230-5.

Yugüero O, Melnick ER, Marsal JR, Esquerda M, Soler-Gonzalez J. Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain. *BMJ open* 2018; 8: e020949.

Amorós E, Esquerda M, Agustí AM, Kiskerri A, Prat J, Viñas J, Pifarré J. ¿Han llegado los millennials a la Facultad de Medicina? Perfil de personalidad de estudiantes de Medicina 1999-2014. *Educ Med* 2019 [en prensa].

Esquerda-Aresté M, Pifarré-Paredero J, Roig H, Busquets-Bou E, Yugüero-Torres O, Viñas-Salas J. Evaluando la enseñanza de la bioética: formando «médicos virtuosos» o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. *Atención Primaria* 2019; 51: 99-104.

Oro P, Esquerda M, Viñas J, Yugüero O, Pifarré J. Síntomas psicopatológicos, estrés y burnout en estudiantes de medicina. *Educ Med* 2019; 20: 42-8.

Yugüero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-Gonzalez J, Pifarré J. (2019). Ética y empatía: relación entre razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía en estudiantes de medicina. *Rev Clín Esp* 2019; 219: 73-8.

El respeto a las creencias, el respeto a las personas

El respeto, delimitación del 'valor' y relación con otros valores y principios

'Bonasera, Bonasera, ¿qué he hecho para que me trates con tan poco respeto? Si hubieras mantenido mi amistad, los que maltrataron a tu hija lo habrían pagado con creces. Porque cuando uno de mis amigos se crea enemigos, yo los convierto en mis enemigos. Y a ese le temen... pero ahora vienes a mí a decir: «Don Corleone, pido justicia», y pides sin ningún respeto, no como un amigo, ni siquiera me llamas Padrino. En cambio, vienes a mi casa el día de la boda de mi hija a pedirme que mate por dinero.' (*El Padrino*, Francis Ford Coppola, 1972).

El inicio de *El Padrino*, una de las obras maestras del cine, nos regala una de las escenas en que queda más remarcado el valor del respeto. Don Vito Corleone, el Padrino, se dirige con estas palabras a Bonasera, que acude a pedirle un favor: '¿qué he hecho para que me trates con tan poco

respeto?' Y continúa: 'pides sin ningún respeto, no como un amigo, ni siquiera me llamas Padrino'.

El respeto se muestra claramente como eje principal de la relación, como elemento imprescindible para la confianza. Sin respeto no hay relación ni confianza posible.

Sin embargo, el respeto es uno de los valores más difícil de explicar. Tal como señalaba San Agustín: '¿Qué cosa es el tiempo? Si nadie me lo pregunta, lo sé; pero si quiero explicarlo, no sé hacerlo'. De forma parecida, todos conocemos qué es el respeto o qué es una actitud respetuosa, pero es mucho más difícil definir qué es.

Josep Maria Esquirol, en un libro precioso, *El respeto o la mirada atenta*, lo define como 'aquella actitud ética que nos vincula con las cosas, con el mundo y con las personas... esencia del respeto es la mirada atenta'. Esquirol defiende que 'la ética del respeto no puede ser ninguna huida del mundo. En primer lugar, porque la mirada atenta está al servicio de la orientación y no de la orientación meramente teórica, sino de la orientación en la vida... La mirada atenta es la



condición para orientar en la vida. Y en segundo lugar, porque la mirada atenta nos conecta estrechamente con el mundo, en ningún caso es una evasión de éste. Quien más atención presta, mejor se orienta y más respeta’.

El respeto se explicaría, pues, como la mirada atenta y la orientación. En este sentido, respetar implica también reconocer al otro, con lo que el respeto a las creencias de la persona es el respeto a la persona.

Importancia del respeto en la persona y la medicina en el momento actual

La necesidad de construir una atención basada en el respeto y la confianza ha sido una constante en la historia de la medicina, pero adquiere una mayor urgencia en el presente.

Un concepto mal entendido de medicina basada en la evidencia puede hacernos creer que la medicina son pruebas, análisis y datos, olvidando a las personas

En la actualidad, un concepto mal entendido de medicina basada en la evidencia, anclado en el positivismo, puede hacernos creer que la medicina son pruebas, análisis y datos, olvidando a las personas. Este olvido a la persona es quizás la actitud más irrespetuosa en el contexto sanitario.

Laín Entralgo, explicado por Diego Gracia, lo conceptualiza muy bien: ‘el positivismo ha tenido en pocos campos un éxito tan rotundo y duradero como en medicina. De hecho, la medicina pasó de ser empírica a ser ‘experimento’ con el positivismo: en este sentido, somos hijos del positivismo. La medicina anterior, la medicina empírica, basaba su saber en la mera experiencia, no en el experimento, es decir, no en el método experimental y científico. La experiencia es natural, pero el experimento, al contrario, es programado. La experiencia es retrospectiva, y el experimento prospectivo. La experiencia se basa en la mera acumulación de experiencias similares, el experimento no: es programado, diseñado y exige un proceso más complejo de comprensión. Pues bien, el positivismo tuvo muy claro que la ciencia positiva tenía que ser experimental, no sólo empírica. Y eso hizo avanzar espectacularmente la biología y la medicina del siglo XX.

La clínica clásica se construye sobre síntomas y signos. El síntoma se define como sensación subjetiva, y el signo, como dato objetivo. El método experimental tiene claro que el diagnóstico debe realizarse a la vista de los signos objetivos y sólo de ellos. Los síntomas no son fiables, porque no son objetivos. De ahí que en la medicina positivista se produjeran dos fenómenos de la máxima importancia: uno, la devaluación del síntoma; y dos, el retroceso de la palabra. La medicina positivista se hace muda.’

En el momento en que la medicina se reduce a signos y datos, la medicina positivista se hace muda, y la persona, subjetiva y narrativa, desaparece. La medicina basada en la evidencia, mal entendida, prescinde de la persona y de la



palabra, para alojarse en el mundo de las cifras y datos, se deriva a una medicina impersonal e irrespetuosa.

En el momento en que la medicina se reduce a signos y datos, la medicina positivista se hace muda y la persona, subjetiva y narrativa desaparece

Consecuencias de la falta de respeto

La medicina ‘muda’ difícilmente puede ofrecer una experiencia integral de ser respetado, y el respeto es ineludible para la experiencia de enfermar, y, tal como comentaba Edmund Pellegrino, ‘la experiencia de ser curado está ontológicamente ligada a la de ser cuidado’.

Aquí es donde radica una de las enormes carencias de la medicina tecnocientífica actual. La importancia de reincorporar el respeto a la persona a través de reincorporar la experiencia individual del enfermar y la palabra. En palabras de Javier Gomà, en *El inconsolable*, ‘el hombre es una entidad temporal en continuo devenir, por eso se resiste a ser comprendido por las ciencias naturales. Sólo el género narrativo, que se hace cargo del antes y del después, logra apresar su fluuyente esencia... Cuando queremos saber más de alguien y preguntamos quién es, a nadie se le ocurre respondernos con una definición, siempre con una historia: la de sus orígenes, su cuna y las vicisitudes de su biografía’.

No describimos a nadie por sus datos antropomórficos y su código genético, ni por sus datos analíticos ni sus pruebas radiológicas, por lo tanto, no entenderemos a nadie sólo con sus datos, aunque ampliemos el número de datos. Citando al filósofo Dilthey, Laín Entrago decía: ‘la vida no se explica, se comprende. Las ciencias naturales «explican las cosas», pero la vida tiene características muy peculiares. Por lo pronto, no es meramente intelectual, sino que consiste en un complejo de conocimientos, sentimientos y tendencias, dados en una unidad indisoluble. La vida no es un tratado de matemáticas, por eso no vale la lógica puramente especulativa’.

La falta de respeto en el contexto sanitario actual se traduce en la falta de escucha a la persona, así como en la falta de reconocimiento de sus narrativas, creencias y valores.

Sin embargo, la medicina actual está sumida en una deriva tecnocientífica no sólo en la práctica, sino también en su enseñanza. Un editorial de *The Lancet* lo definió muy bien: ‘El énfasis del adiestramiento médico actual se pone en las ciencias «duras»: anatomía, fisiología, bioquímica, patología, microbiología, farmacología... pero en la práctica clínica los médicos tienen que tratar de comprender a los pacientes, sus historias, sus personalidades y peculiaridades, para poder proporcionarles el mejor cuidado posible. En este lado «blando» de la medicina las ciencias «duras» les son de escasa ayuda’.

Como seres no tan sólo biológicos, sino también biográficos, hay una constante búsqueda de sentido en el enfermar y en la experiencia de la persona que sufre. En este contexto, el relato científico (ciencias duras) del enfermar se contrapone al relato narrativo (sólo abordable por las ciencias blandas).



Sólo llegaremos a respetar a la persona y a sus creencias desde las ciencias blandas, conociendo a la persona, y reconocemos su experiencia de enfermar, su vivencia, su narrativa.

Solo llegaremos a respetar a la persona y a sus creencias desde las ciencias blandas, conociendo a la persona, y reconocemos su experiencia de enfermar, su vivencia, su narrativa

El respeto en el día a día: el nombre del perro

The New England Journal of Medicine nos regalaba un texto en sus *perspectives*, con un curioso título: 'El nombre del perro', de Taimur Safder. El autor explica cómo en su primera guardia de residente, el momento que lo dejó impresionado fue cuando el médico adjunto, atendiendo a un paciente en estudio de un dolor torácico que le había aparecido mientras paseaba a su perro, le preguntó: '¿cuál es el nombre de su perro?'

Se quedó asombrado, pues ninguna guía clínica ni algoritmo diagnóstico en dolor torácico incluye la pregunta sobre el nombre del perro en el diagnóstico diferencial. Pero sigue narrando cómo esa pregunta resultó decisiva en su formación como residente, pues de esa pregunta y de la conversación que vino después derivó una transformación, quizás su mayor aprendizaje: la constatación de que debajo de esa bata de enfermo había una persona real.

Al finalizar la residencia cuatro años después, Saifder constata que ha sido una de las preguntas más útiles de todo lo aprendido. Explica cómo discutir la trama de una telenovela le había facilitado poder discutir con la paciente su plan de tratamiento en un entorno de mayor respeto y confianza. También relata cómo le había permitido acercarse a pacientes 'difíciles' con rechazo al tratamiento el hecho de escuchar sus creencias, o cómo adaptar una medicación a las necesidades concretas de cada persona.

De hecho, esta pregunta está directamente relacionada con el respeto a la persona, es la pregunta del 'explícame quién eres': el respeto como reconocimiento, y sólo si reconozco como persona, individual y diferencial, puedo respetar.

La pregunta hace aflorar uno de los lastres de la medicina actual, que es cómo entre datos, guías terapéuticas, pruebas, multiplicidad de informes y formularios administrativos, con mucha facilidad nos olvidamos de que tratamos a personas. Personas con sus creencias, narrativas, prioridades, calores, prejuicios, la constatación del 'yo soy yo y mis circunstancias, si no las salvo a ellas no me salvo yo', de Ortega y Gasset.

El artículo de Safder continúa con la reflexión acerca de su pregunta sobre el nombre del perro: esta pregunta no sólo le ha enseñado a recordar que los pacientes son personas, sino que le ha hecho recordar que él mismo es también persona. Es mucho más fácil tomar distancia, no involucrarse, no respetar o no mirar atentamente, pues conocer y reconocer al otro implica, también para los profesionales sanitarios, una cierta carga de dolor.



Es mucho más fácil tomar distancia, no involucrarse, no respetar o no mirar atentamente, pues conocer y reconocer al otro implica, también para los profesionales sanitarios, una cierta carga de dolor

Esta historia explica de forma muy clara como un residente aprendió el valor del respeto y cómo fue nuclear en su formación médica.

No es un comentario nuevo, en absoluto, pero sí la constatación de que las carencias persisten. Ya Francis Peabody en un artículo clásico de 1927, hablaba de la necesidad de una relación médico-paciente cercana, no sólo para generar un entorno de respeto y confianza, sino para conocer a la persona, pues únicamente conociéndola podrá realizarse un adecuado diagnóstico y tratamiento. En palabras del propio Peabody, 'cuando hablamos de un cuadro clínico no nos referimos a la fotografía de un hombre enfermo en cama, sino a la pintura impresionista de un paciente en el entorno de su casa, con su trabajo, las relaciones con sus amigos, sus alegrías, sus preocupaciones, esperanzas y miedos'.

Es mucho más sencillo 'leer' una fotografía en blanco y negro, fija, estable, bien definida, que aprender a leer un cuadro impresionista. Pero, si no se realiza el cambio de mirada, seguiremos repitiendo hasta la saciedad lo de que 'necesitamos tratar enfermos y no enfermedades', pero las guías y protocolos nos hablan sólo de enfermedades.

Beneficios individuales y colectivos de su correcta observación

En los años ochenta, Stephen Toulmin escribió un conocido artículo titulado 'Cómo la medicina salvó la vida a la ética'. En este artículo explicaba cómo los conflictos éticos habían 'salvado a la filosofía y a la ética filosófica' y le había proporcionado material suficiente para sobrevivir, en unos momentos en que esta disciplina estaba estancada en debates circulares.

Quizás en este momento es preciso que la bioética (y, con ella, las humanidades) salve a la medicina, salvarla 'de convertirse en una técnica o biología aplicada, altamente efectiva y superespecializada, pero que por el camino ha perdido su esencia, su vocación de curar y cuidar, aliviar el sufrimiento y consolar a las personas', que por el camino ha perdido el respeto a las personas,

En sociedades plurales, de código múltiple y diversidad de valores coexistentes, el mejor cuidado de las personas sólo podrá proporcionarse por una aproximación 'blanda', y por cuidado entendemos la comprensión de lo que le pasa a una persona, de por qué contacta con el sistema sanitario y qué le podemos ofrecer desde éste. Y eso sólo lo podremos comprender desde la mirada y el respeto a la persona.

Se han descrito ya las múltiples caras de la pérdida del respeto a la persona en el contexto sanitario actual: la despersonalización de la medicina, la deshumanización, la tecnificación de



la relación médico-paciente, la subespecialización, la pérdida de la figura del médico responsable entre equipos multidisciplinares...

Pero se ha citado ya en diversas ocasiones la influencia del positivismo (denostado en muchas otras áreas) y una mala concepción del concepto de medicina basada en la evidencia en ello.

La llamada *evidence-based medicine*, cuya traducción más adecuada al español sería la medicina basada en hechos o en pruebas, nace como un esfuerzo de mejoría de la calidad asistencial ante la enorme variabilidad en la práctica clínica y la falta de valor de muchas decisiones clínicas, y reconoce que la experiencia individual de un médico, por sí sola, no es garantía suficiente en la actualidad de correcta práctica clínica.

Sin embargo, la definición acuñada por Sacket es 'el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el tratamiento individual de pacientes'. Con ello, la medicina basada en la evidencia comprendería tres grandes áreas (Figura 1): la mejor evidencia científica, la experiencia del profesional, y los valores y expectativas del paciente. Ha proliferado en el uso habitual del término la reducción tan sólo a la primera área.

Los valores y expectativas de los pacientes son claves para una correcta medicina basada en la evidencia. Pero quizás gran parte del problema estriba en saber integrar conocimientos y abordajes: hemos heredado del siglo xx un concepto de salud más complejo, un modelo biopsicosocial-espiritual, pero no disponemos de modelos estándar de abordaje complejo y multidisciplinar, salvo honrosas excepciones



Figura 1. Las tres áreas de la medicina Basada en la Evidencia, Sacket- Guyatt

(como, por ejemplo, equipos de cuidados paliativos, con un abordaje y respeto a la persona en general exquisitos).

Puede repetirse que importa más qué paciente tiene una enfermedad, que qué enfermedad tiene un paciente, pero es preciso un abordaje que incorpore el reconocimiento tanto de la dimensión biológica como de la biográfica, que son inseparables e interdependientes.

La proliferación en el uso de las medicinas complementarias y alternativas, debería hacernos reflexionar sobre los límites del conocimiento tecnocientífico y sobre la necesaria sabiduría

Algunos fenómenos actuales, como la proliferación de consultas a medicinas complementarias y alternativas, pueden traducir esta búsqueda por parte de los pacientes de una medicina respetuosa. La proliferación en el uso



de las medicinas complementarias y alternativas debería hacernos reflexionar sobre los límites del conocimiento tecnocientífico y sobre la necesaria sabiduría como aproximación a los valores, creencias y la incertidumbre.

Fulford, psiquiatra y filósofo, ha desarrollado la llamada práctica basada en valores (Tabla 1). Ante la creencia de que en ciencia sólo hay hechos y que la medicina no tiene que ver con los valores, este autor defiende que no hay hechos sin valores. Reconocer y aprender a gestionar la diversidad de valores es imprescindible en la medicina actual.

Siddhartha Mukkherjee, un interesante autor, oncólogo y profesor en medicina en la Universidad de Columbia, es autor de dos extensos libros: *El emperador de todos los males: una biografía del cáncer* (que ganó un pulitzer de no ficción) y *El gen: una historia íntima*. Entre ambas obras publica un librito, *The laws of the medicine*, en el que va narrando su experiencia y la toma de conciencia de que 'la medicina es un mundo tan incierto y sin ley', como 'es fácil tomar decisiones perfectas con perfecta información. La medicina, en cambio, te demanda tomar decisiones perfectas con información imperfecta' y cómo su 'educación médica le había enseñado un montón de datos, pero poco acerca de los espacios que existen entre esos datos'.

Esta es una de las descripciones más bellas de la medicina como ciencia incierta: conocemos datos, muchos datos, pero conocemos muy poco (o a veces nada) de los espacios entre los datos.

Siddhartha concluye que 'la profusión de datos oculta un problema mucho más profundo e importante: la necesidad de reconciliación entre conocimiento (cierto, fijo, perfecto, concreto) y sabiduría clínica (incierto, fluida, imperfecta, abstracta)'.

Tabla 1. Diez principios de la práctica basada en valores (adaptado de Fulford 2006)

Práctica basada en valores y medicina basada en la evidencia

1. En todas las decisiones clínicas hay 'hechos' y 'valores'
2. Sólo se acostumbra a 'ver' los valores cuando son diversos o potencialmente conflictivos
3. Al incrementarse las opciones terapéuticas con el desarrollo científico, la diversidad humana de valores desempeña un mayor papel en la toma de decisiones sanitarias

Práctica basada en valores y asistencia

4. Los valores del paciente ocupan un lugar central en la toma de decisiones
5. Los conflictos de valores se resuelven principalmente en procesos de deliberación, que deben intentar respetar todas las perspectivas

Práctica basada en valores y habilidades clínicas prácticas

6. Es importante ser más conscientes de la presencia de valores en los pacientes, explorando atentamente su lenguaje, discurso y contexto
7. Un incremento del conocimiento empírico y filosófico puede ser de ayuda en la detección de valores
8. La deliberación ética, después de explorar las diferencias de valores, puede ayudar a determinar la opción más prudente
9. Las habilidades comunicativas son imprescindibles en la práctica basada en valores
10. La toma de decisiones forma parte del modelo centrado en la persona



Datos y espacios entre los datos. No puede reducirse la práctica clínica a la gestión de datos. Así pues, incorporar el respeto implica incorporar el reconocimiento de la persona, de su mundo de valores, de la diversidad de valores, para una medicina con mayor valor.

Mensajes finales

El respeto se muestra como eje principal de la relación, como elemento imprescindible para la confianza. Sin respeto no hay relación ni confianza posible.

La medicina positivista y la medicina basada en la evidencia pueden favorecer que se ignore a la persona a su mundo de valores.

Es imprescindible incorporar el respeto a la persona, sus creencias, valores y expectativas para una medicina con mayor valor.

Reconocimiento, exploración, diálogo, consciencia son palabras clave para el desarrollo de un mayor respeto a las creencias y valores.

Bibliografía

Esquerda M, Roig H. ¿Podrá la bioética salvar la medicina? *Bioética & Debat* 2015; 21: 14-7.

Esquirol JM. *El respeto o la mirada atenta*. Barcelona: Gedisa; 2006.

Fulford B, Thornton T, Graham G. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2006.

Gomà J. *El inconsolable*. *El Mundo*, 24 de julio de 2016.

Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo*. Madrid: Triacastela; 2010.

Mukherjee S. *The laws of medicine: field notes from an uncertain science*. New York: Simon & Schuster; 2015.

Peabody F. *The care of the patient*. *JAMA* 1927; 8812: 877-82.

Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press; 1988.

Sackett D, Rosenberg W, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson W. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *BMJ* 1996; 312: 71-2.

Safder T. *The name of the dog*. *N Engl J Med* 2018; 379: 1299-301.

The Lancet. *The soft science of medicine [editorial]*. *Lancet* 2004; 363: 1247.

Toulmin S. *How medicine saved the life of ethics*. *Perspect Biol Med* 1982; 25: 736-50.



VALORES DEL MÉDICO COMO MÉDICO

Coordinador

JOAN MONÉS

Expertos colaboradores de la sección

CARLOS POSE VARELA

FELIPE RODRÍGUEZ DE CASTRO

JUAN MONÉS XIOL

GUILLERMO VÁZQUEZ MATA

ROGER RUIZ MORAL



— 7 —

Excelencia moral y sabiduría práctica

CARLOS POSE VARELA



Carlos Pose Varela

Profesor de la Universidad de Santiago de Compostela y Fundación de Ciencias de la Salud

Nacido en A Coruña en 1971, es doctor en Filosofía por la Universidad Pontificia de Salamanca y máster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid. Filósofo y bioeticista, es profesor de Filosofía en la Universidad de Santiago de Compostela. Su trabajo de investigación gira en torno a la filosofía, las ciencias médicas y la bioética.

Desde 1997 participa en los seminarios de investigación de la Fundación Xavier Zubiri de Madrid. Ha estado integrado en un proyecto de investigación sobre tecnociencias sociales y humanas, dentro del cual ha llevado a cabo investigaciones en torno al papel de los sentimientos y valores en la toma de decisiones ético-clínica y la evaluación ética de las tecnologías sanitarias. Desde 2014 colabora con la Fundación de Ciencias de la Salud en los programas de formación de profesionales de la salud (Experto en bioética y Experto en bioética clínica, Formación de formadores, etc.). Desde el mismo año es redactor jefe y editor de *EIDON*, la revista más importante de bioética en lengua española. Entre sus publicaciones en el campo de la bioética se encuentran libros como *Lo bueno y lo mejor. Introducción a la ética médica* (2009), *Bioética de la responsabilidad* (2012), *La consultoría en ética clínica. De los comités de ética asistencial a la figura del consultor* (2019), y es autor de numerosas publicaciones sobre temas de filosofía y bioética en capítulos de libros y revistas especializadas.

Publicaciones relevantes del autor

Pose C. Diego Gracia: pensar la bioética en España. En Garrido M, Valdés L, Valdés M, coords. *El legado filosófico español e hispanoamericano del siglo xx*. Madrid: Cátedra; 2009.

Pose C. Cómo decidiré el tratamiento de mis pacientes. Reflexiones de bioética clínica. *Jano. Medicina y Humanidades* 2011; 1773: 77.

Pose C. La ética de nuestro tiempo: la bioética. En Feito L, Gracia D, Sánchez M, eds. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011.

Pose C. La construcción de la bioética desde la filosofía de X. Zubiri. *Cuadernos Salmantinos de Filosofía* 2013; 40: 595-610.

Pose C. El principio de precaución en ética: otro modo de gestionar el riesgo. En Murillo I. *La filosofía práctica*. Madrid: Ediciones Diálogo Filosófico; 2014.

Pose C. Los inicios de la consultoría ética: los comités de ética y su constitución. *EIDON* 2016; n.º 45.

Pose C. El nacimiento de la ética clínica y el auge del eticista como consultor. *EIDON* 2016; n.º46.

Pose C. El papel de las instituciones y comisiones de bioética en el desarrollo de la ética asistencial. *EIDON* 2017; n.º47.

Pose C. La consultoría de ética clínica en la actualidad: revisión crítica de los modelos de mediación y propuesta de un modelo deliberativo. *EIDON* 2017; n.º48.

Pose C. Deliberación anticipada de la atención: educando a los profesionales de la salud. *EIDON* 2018; n.º49.

Pose C. Revisión crítica del enfoque jurídico de las instrucciones previas. *Boletín de estudios de filosofía y cultura Manuel Mindán* 2018; 13: 73-91.

Excelencia moral y sabiduría práctica

Introducción

No es lo mismo saber, ni siquiera saber hacer, que actuar. De las dos primeras cuestiones se ocupa la ciencia y la técnica, mientras que de la tercera se ocupa la ética. No obstante, ciencia, técnica y ética pueden verse también como momentos inseparables de una misma disciplina. Es el caso de la 'ética médica'. La razón de esta unidad se debe a que la medicina es una ciencia, por tanto, un saber teórico, y es también una técnica, un saber técnico. Pero es y debe ser también, hoy más que nunca, un saber práctico, un modo de proceder y tomar decisiones. De ahí que la medicina sea una de las actividades más exigentes. Exige, ante todo, un buen conocimiento de los hechos, de los 'hechos clínicos', y exige, sobre todo, un adecuado manejo de los 'valores'. Esto segundo es lo que hoy plantea mayores dificultades a los profesionales de la salud. Un buen conocimiento de los hechos clínicos es condición necesaria, pero no suficiente, para una óptima toma de decisiones. Entre los hechos clínicos y las posibilidades de acción hay siempre un momento de valor que es necesario conocer y saber gestionar. Sólo así se podrá hablar de 'excelencia moral' en la práctica clínica.

Un buen conocimiento de los hechos clínicos es condición necesaria, pero no suficiente, para una óptima toma de decisiones

La 'ética médica' posee todavía otra exigencia. Tanto el conocimiento de los hechos clínicos como la estimación de los valores es preciso hacerla con método. La medicina siempre ha procedido con método, pero el método que hoy mejor encarna la toma de decisiones clínica no es otro que el deliberativo. La deliberación puede ser individual o colectiva, y debe versar sobre el conocimiento de los hechos, el de los valores y el de las posibilidades de acción. Es una exigencia ética que la deliberación forme parte del análisis de estos tres momentos. Y lo es también que cuando la deliberación individual no es suficiente, se pase a la deliberación colectiva. Ésa es la esencia de la toma de decisiones de los distintos comités que hoy existen en toda institución sanitaria, entre ellos, el comité de ética. Así, tanto las decisiones deliberadas de modo individual como colectivamente constituyen las llamadas decisiones 'prudentes' o sabias. La sabiduría práctica es el otro eje de la ética médica.



Así, tanto las decisiones deliberadas de modo individual como colectivamente constituyen las llamadas decisiones 'prudentes' o sabias. La sabiduría práctica es el otro eje de la ética médica

En lo que sigue ahondaremos en el análisis de estos dos valores fundamentales hoy de la ética médica: la excelencia moral y la prudencia o sabiduría práctica. La excelencia moral tiene que ver con la calidad o el valor encarnado en el profesional de la salud que obra óptimamente, mientras que la sabiduría práctica tiene que ver con el valor del resultado fruto de un buen análisis de todos los elementos que forman parte de la toma de decisiones.

La excelencia moral

Las profesiones sociales se han definido siempre por sus características morales. Y de todas, la característica moral que ha permanecido invariable a lo largo de los siglos ha sido la excelencia. Hoy se trata de un término muy popular en la ética empresarial, a raíz de la publicación, en 1982, por Peters y Waterman, de la obra *En busca de la excelencia*. Sin embargo, el término es consustancial a la antigua ética griega y constituye el fundamento del juramento hipocrático y el valor esencial de toda la ética médica.

No obstante, hay ciertas diferencias entre la antigua teoría ética de la excelencia y la teoría moderna. Una primera, fundamental, es que en la teoría antigua de la excelencia era común distinguir dos tipos de actividades, los 'oficios' y

las 'profesiones', y, consecuentemente, dos tipos de ética o moralidad, la 'moralidad común' y la 'moralidad especial'.

La moralidad común es la que practican la mayoría de los miembros de la sociedad, y dentro de ellos, los que tienen por actividad un oficio, mientras que la moralidad especial es la propia de los profesionales, entre ellos, los profesionales de la salud. Esta diferencia viene dada en parte por el objeto tan valioso del que tratan, la salud y la vida de las personas, y en parte por la especial dotación natural de las personas que se dedican a ello. De ahí que la característica fundamental de esta moralidad especial fuera la excelencia, que se traducía, primero, en que el profesional de la salud siempre actuaba en beneficio de los demás y no en el propio; segundo, que su dotación natural le convertía en una figura social de gran autoridad moral; y tercero, que como no podía esperarse que obrara con mala intención, disfrutaba de completa impunidad jurídica.

Esta teoría antigua de la excelencia profesional fue entrando en crisis a lo largo del siglo XX. Quizá son dos las razones que llevaron a ello.

En primer lugar, el nacimiento de los derechos de los pacientes hace que los profesionales de la salud pierdan parte de su autoridad moral y, como consecuencia, su impunidad jurídica. Actuar en beneficio del paciente ya no significa, por ejemplo, actuar únicamente con buena intención, sino teniendo en cuenta, además, las consecuencias o efectos secundarios de las decisiones, en las que ha de desempeñar un papel importante la opinión del paciente, la propia institución en la que se presta el servicio, etc.

En segundo lugar, y relacionado con lo anterior, también las personas que se dedican a los



oficios aspiran a la excelencia, puesto que las consecuencias de sus actividades, en un mundo cada vez más tecnificado, son de una magnitud no inferior a las consecuencias de las actividades de los profesionales. Por consiguiente, la teoría moderna de la excelencia borra la diferencia entre moralidad común y moralidad especial. Toda actividad acaba teniendo una misma moralidad, o por lo menos su diferencia puede ser de grado, pero no de nivel.

Lo que resulta común a la teoría antigua y moderna es que la excelencia es un valor ideal, una aspiración. De ahí el título de *En busca de la excelencia*. La excelencia no es un punto final, sino un camino, un modo de hacer las cosas, y en última instancia, un modo o modelo personal de ejercer óptimamente cualquier actividad. El hecho de que se trate de algo inalcanzable se repite en otros libros, por ejemplo, en el de Alasdair MacIntyre, *Tras la virtud*, publicado dos años más tarde, en 1984. Tanto en inglés como en español, el título es ambiguo, pues juega con el doble sentido de 'tras', que en español significa tanto 'después' como 'en busca de', con lo cual, en este segundo caso, se repite la idea de aspiración o deseo. Se dirá que en esta segunda obra lo que se busca no es la 'excelencia', sino la 'virtud'. Pero en realidad se trata de lo mismo. Los dos términos traducen el vocablo griego *'areté'*.

El cambio terminológico ('excelencia' en lugar de 'virtud') es reflejo de un cambio de época, y quizá también de ética. Si ya no creemos que la excelencia moral procede de la dotación natural de las personas, sino de su educación moral, si la buena intención no es suficiente para llevar a cabo la mejor acción, entonces hemos de concebir que la ética, y la ética médica no es una excepción, ha de ser no una 'ética de la virtud',

ni tampoco una 'ética del puro deber', sino una 'ética de los valores'. Dicho de otro modo, hoy es preciso entender la ética médica, y más en concreto, la 'ética de los valores médicos', como una ética de la excelencia profesional y moral.

Hoy es preciso entender la ética médica, y más en concreto, la 'ética de los valores médicos', como una ética de la excelencia profesional y moral

En la actualidad, una ética de los valores médicos tiene que situarse más allá del problema de si los valores son objetivos o subjetivos. Los valores de la medicina, más que responder a criterios estrictamente médicos o ser meras preferencias de los pacientes, son elaboraciones intersubjetivas, fruto de distintos juicios de valoración personales y profesionales que acaban convergiendo en el contexto clínico. Los valores de la medicina se construyen a partir de esos juicios de estimación o valoración sobre los hechos clínicos o sociales, al igual que los hechos clínicos se construyen a partir de ciertos datos, síntomas o vivencias.

Los valores más frecuentes en la práctica médica son resultado de distintas opiniones y juicios de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, pacientes, familiares, etc. Valores como salud, enfermedad, bienestar o malestar no son nunca completamente objetivos, sino que tienen que ver con el fluctuante estado clínico y de confort del paciente. La utilidad o futilidad son resultado de la percepción de una mayor o menor efectividad de un fármaco para controlar o contrarrestar una patología. La beneficencia, la capacidad, la confidencialidad, el reparto equitativo de recursos,



etc., son otros valores que se van construyendo en las múltiples interrelaciones personales y profesionales de la práctica clínica. Los construye el profesional de la salud que diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, pero también otros profesionales que son llamados a una interconsulta, y el paciente que soporta la enfermedad o dolencia, y la institución sanitaria que proporciona los medios para la atención del paciente, e incluso la propia sociedad cuando opta por un modelo sanitario u otro. El manejo de estos valores, no obstante, obedece a una cierta lógica que todo profesional de la salud debe conocer.

Ante todo, todos los valores de la práctica clínica pueden dividirse en instrumentales e intrínsecos. Es el primer principio de la lógica de la ética de los valores médicos. Son 'valores instrumentales' los que deben su valor a algo distinto de ellos mismos. Un fármaco tiene valor instrumental porque sirve para curar o aliviar el dolor. Lo 'valioso intrínsecamente' en este caso sería la salud o alivio que se obtiene a través del fármaco. Lo mismo puede decirse de un bisturí o de una tomografía computarizada. Su valor no es intrínseco, sino instrumental. Todos los instrumentos valen como posibilidad de curación, pero no tienen un valor intrínseco desde el punto de vista clínico. Esto quiere decir que la práctica médica debe guiarse siempre por valores intrínsecos, y no meramente por valores técnicos. Las llamadas tecnologías sanitarias en todo su amplio sentido tienen sin duda un valor, pero un valor instrumental, y su acumulación injustificada puede poner en peligro los valores intrínsecos. Según esta ética de los valores médicos, los valores instrumentales han de estar siempre al servicio de los valores intrínsecos, y no al revés.

La práctica médica debe guiarse siempre por valores intrínsecos, y no meramente por valores técnicos (que son instrumentales)

Pero sean instrumentales o intrínsecos, los valores de la medicina los construye el profesional de la salud en su práctica clínica, y con ello se construye a sí mismo como persona y como profesional. Es el segundo principio de la ética médica de los valores. El profesional de la salud se compromete a añadir valor a su actividad clínica, a tratar de realizar todos los valores que descubre o surgen en la práctica clínica. Y haciendo esto, realizando los valores que comparecen en el contexto clínico, no sólo hace lo que debe, es decir, no sólo hace lo correcto, bueno u óptimo, sino que se hace, él mismo, bueno o mejor. Ahora bien, hacer lo bueno o lo mejor es lo que significa 'excelencia'. La excelencia moral brota así de la realización de los valores no morales o clínicos. Esto significa que la excelencia no es objeto directo de realización, sino la consecuencia indirecta de la realización de todos los valores que surgen en la práctica clínica. Por tanto, una ética de los valores médicos también es una teoría ética de la excelencia profesional y moral.

La sabiduría práctica

Según se ha dicho al principio, la medicina es un saber teórico y práctico que exige del profesional de la salud la combinación de ciencia y experiencia. Eso es lo que sintetiza, precisamente, el término griego *phrónesis*, 'prudencia'. Ahora



bien, como el término prudencia se ha ido cargando de varios sentidos, no todos positivos, y además ha entrado en desuso en algunos ámbitos, es preferible traducir *phrónesis* por 'sabiduría práctica', y hablar de prudencia o sabiduría práctica. No se trata de ser moderado, cauto o precavido, sino 'experto' en el análisis de la mejor opción en situación de incertidumbre. Por lo tanto, el profesional de la salud ha de incorporar como valor a su actividad clínica esta sabiduría práctica que permite evaluar principios, circunstancias y consecuencias a la hora de tomar la mejor decisión.

La incertidumbre en la toma de decisiones está en la base del cultivo o enseñanza de la prudencia o sabiduría práctica. Los juicios clínicos no pueden ser más que probables, y lo mismo sucede con los juicios éticos. De ahí que tanto la clínica como la ética hayan compartido, ambas disciplinas, un mismo método, que tanto en la Antigüedad como en la actualidad se denomina 'deliberación'. La prudencia y la deliberación son así los dos ejes del razonamiento práctico y de la toma de decisiones que debe promover la ética médica. La deliberación es la búsqueda de lo razonable o prudente, mientras que la prudencia es la decisión razonable tras el proceso de deliberación. Se trata de un modo de razonar, de una lógica, y también de un método o procedimiento.

En efecto, para llegar a un juicio prudente o razonable es preciso que la deliberación se articule en un procedimiento de toma de decisiones. Esto quiere decir que pasa por una serie de fases, al menos tres. La primera y la más importante tiene que ver con el análisis de los hechos clínicos. La aclaración de los hechos clínicos (diagnóstico, pronóstico, tratamiento) es lo que va a permitir analizar los valores, la segunda

fase. Los problemas éticos consisten siempre en conflictos de valores, por lo que la identificación de valores soportados en los hechos clínicos es esencial. Finalmente, la tercera fase la constituye el análisis de los cursos de acción. Como los valores piden su realización, esta fase exige gran compromiso del profesional de la salud. Se trata de encontrar el curso de acción que mejor realice todos los valores. Ese curso de acción será el óptimo y, por lo tanto, el más prudente.

A partir de esta mera síntesis, conviene subrayar que la deliberación no recae sólo en los cursos de acción, la tercera fase del procedimiento deliberativo, sino también en la identificación de los valores y en la aclaración de los hechos clínicos. Estos tres órdenes son escalares y se gestionan concatenadamente. La carencia deliberativa en el nivel de los hechos clínicos produce sesgos en la valoración y en la toma de decisiones. Por eso, los juicios prudentes exigen mucha deliberación desde el inicio hasta el fin en un proceso continuo.

**Los juicios prudentes exigen mucha
deliberación desde el inicio hasta el fin
en un proceso continuo**

Existen otros sesgos que distorsionan el juicio prudencial. Uno frecuente tiene que ver con el estado emocional. Puesto que los juicios tanto clínicos como éticos son probables y, por lo tanto, inciertos, el profesional de la salud puede verse afectado por una crisis de angustia. La angustia o la convulsión emocional impiden realizar juicios prudentes y pueden llevar a tomar decisiones precipitadas. Su control pasa, en consecuencia, por introducir la deliberación en el proceso de



toma de decisiones ajustando el tiempo a la urgencia o trascendencia de la decisión. Una decisión deliberada siempre será más razonable y prudente que una decisión precipitada o no oportuna.

La prudencia, en todo caso, no es un punto, sino un espacio de decisión. Ello se debe a la existencia de variaciones normales tanto en el conocimiento de los hechos, como en la estimación de los valores, como, finalmente, en la toma de decisiones, debidas a la edad, el sexo, el carácter, la cultura, etc. Precisamente por ello el profesional de la salud debe estar persuadido de esta variabilidad y aceptar que su juicio y el juicio de su paciente pueden ser ambos prudentes sin que por ello tengan que ser iguales.

Finalmente, a veces la prudencia no se logra si no es mediante una deliberación colectiva. Cuando los problemas son muy complejos o las decisiones de mucha envergadura, el profesional de la salud debe reunir un número suficiente de perspectivas antes de formarse una opinión o tomar una decisión.

A veces la prudencia no se logra si no es mediante una deliberación colectiva

Conclusión

En ninguna otra época como en la nuestra ha sido tan necesaria que la ética médica se ocupara de la formación en los valores de la medicina. Debido a la introducción de nuevas tecnologías sanitarias, al papel de los pacientes y familiares

en la toma de decisiones, a la gestión de recursos siempre limitados, los problemas son cada vez más complejos, y esto exige del profesional de la salud tanto calidad o excelencia moral como prudencia o sabiduría práctica en la toma de decisiones, dos valores fundamentales de la ética médica. No es suficiente que las decisiones sean correctas desde el punto de vista técnico ni que se sitúen dentro del marco legal. Es necesario imprimirles una dimensión de calidad que sólo puede aportar una adecuada formación en 'valores'. Lo que está en juego en la mayoría de los problemas éticos es un problema de valores, un conflicto de valores. El profesional de la salud debe saber explorar e identificar los valores que están presentes en un problema concreto, a fin de tomar la decisión más prudente. Esto requiere formación y entrenamiento. Hoy puede decirse que una buena formación clínica o en los hechos clínicos no es igual a una buena formación profesional. Si un profesional de la salud no está formado adecuadamente en ética médica, y, especialmente, en la cuestión de los valores de la medicina, no puede considerarse bien formado ni capacitado para el ejercicio de la clínica.

Bibliografía

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- Callahan D. In search of the good. A life in bioethics. Boston: MIT Press; 2012.
- Gracia D. Construyendo valores. Madrid: Triacastela; 2003.
- Gracia D. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004.
- Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007.
- Gracia D. Valor y precio. Madrid: Triacastela; 2013.



McIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica; 1984.

Peters TJ, Waterman RH Jr. *En busca de la excelencia*. Madrid: Harper-Collins; 2017.

Pose C. *Lo bueno y lo mejor. Introducción a la ética médica*. Madrid: Triacastela; 2009.

Pose C. *Bioética de la responsabilidad*. Madrid: Triacastela; 2012.





— 8 —

Competencia y fiabilidad

FELIPE RODRÍGUEZ DE CASTRO



Felipe Rodríguez de Castro

Ex-Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Las Palmas
Patrono de la Fundación Educación Médica, FEM

Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid (1981) y doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) (1991). Fué médico interno residente (MIR) de Neumología en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (1982-86). Ha trabajado en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca en 1986, en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid en 1986-87, en el Hospital Insular de Gran Canaria en 1994- 95 y en el Barnes-Jewish Hospital de Saint Louis (EE. UU.) en 1997. Ha sido jefe de estudios del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (2002-2008), miembro del *European Board for Accreditation in Pneumology* (2008-2017) y decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ULPGC (2010-2014). Fue vicepresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (2005-2010) y de la Comisión Nacional de Neumología (2000-2010), y presidente de la Sociedad Española de Educación Médica (2013-2018). Actualmente es jefe de servicio de Neumología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín y catedrático de Medicina en la ULPGC. Su línea de investigación fundamental son las infecciones respiratorias.

Es editor jefe de la sección de posgrado de la revista de la Fundación Educación Médica (FEM), de cuyo patronato forma parte, y académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife (Canarias). También forma parte del grupo de trabajo 'El buen quehacer del médico' de la Organización Médica Colegial y ha participado en los proyectos 'Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida' y 'El médico del futuro' de la FEM.

Hasta la fecha ha dirigido 13 tesis doctorales y ha publicado más de 50 libros o capítulos de libros nacionales e internacionales, y más de 150 publicaciones en revistas nacionales e internacionales indexadas (JCR).

Publicaciones

Alfonso MT, Carrasco M, Escanero J, Fonseca M, Gual A, Manso JM, Mena J, Nolla M, Palés JL, Peinado JM, Pujol R, Rodríguez de Castro F. Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las Facultades de Medicina españolas. *Educ Méd* 2005; 8: 17-21.

Gual A, Rodríguez de Castro F. Objetivos del Desarrollo Profesional Continuo. *JANO* 2006 (extra); 1626: 26-9.

Palés J, Rodríguez de Castro F. Retos de la Formación Médica de Grado. *Educ Méd* 2006; 9: 159-72.

Rodríguez de Castro F. Desarrollo profesional continuo. *SEPARVISIÓN* 2008; 48: 2-3.

Álvarez-Sala JL, Casan P, de Miguel J, Rodríguez de Castro F, eds. La formación del residente de Neumología. Madrid: Luzán 5; 2010.

Rodríguez de Castro F. Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educ Méd* 2012; 15: 13-22.

Rodríguez de Castro F. Nuevos roles del estudiante y del residente. El currículo oculto. En Millán J, Palés JL, Morán J, eds. Principios de Educación Médica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 335-42.

Gual Sala A, Rodríguez de Castro F. Reflexiones sobre el futuro de la formación de los profesionales sanitarios. En Pérez Lázaro JJ, ed. Profesionalismo en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2017; Disponible en: <http://www.easp.es/project-category/publicaciones-easp//>.

Rodríguez de Castro F, Carrillo T, Freixinet J, Julià G. Razonamiento clínico. *FEM* 2017; 20: 149-60.

Medina R, Álamo D, Costa M, Rodríguez de Castro F. Aprendizaje autorregulado: una estrategia para 'enseñar' a aprender en ciencias de la salud. *FEM* 2019; 22: 5-10.

Competencia y fiabilidad

Para Ortega, la preocupación por los valores es una conquista reciente de la humanidad, si bien admite que este asunto no pudo ser ignorado por los filósofos clásicos y que siempre ha estado oculto bajo la idea de 'lo bueno'. El mundo de los valores es complejo y diverso, y, aunque son cualidades abstractas, a lo largo de la historia hemos ido dándoles cuerpo con distintos contenidos para acomodar mejor nuestra existencia, nuestra conducta y nuestras actitudes. En el conjunto de trabajos reunidos en *La reconstrucción del materialismo histórico*, Jürgen Habermas describe la historia de la especie humana como un proceso progresivo de racionalidad no sólo técnico-instrumental, sino también moral-práctico. Dicho en otras palabras, las sociedades aprenden no sólo técnicamente, sino también moralmente.

Las sociedades aprenden no sólo técnicamente, sino también moralmente

Como consecuencia de este 'aprendizaje moral', los valores y las expectativas sociales respecto a la práctica médica también se han modificado y diversificado. Los retos y las responsabilidades de los médicos, su papel social y su realidad profesional han ido cambiando progresivamente.

El modelo de médico actual demanda un nuevo contrato social que sea reflejo de la voluntad ética de la colectividad y resultado de la negociación de los conflictos morales latentes derivados de los valores emanados de los diferentes grupos sociales. En este contexto de cambio y, en consecuencia, de importantes transformaciones e incremento de la complejidad en el ejercicio de la medicina, el profesionalismo se percibe como el nuevo modelo de contrato social que reemplaza al más tradicional, basado en el juramento hipocrático, y que hoy en día resulta insuficiente para responder a los desafíos que la sociedad plantea a los médicos. El juramento hipocrático se realizaba ante Apolo, Higia y Panacea con el compromiso de socorrer a los pacientes; hoy el médico se compromete con la sociedad y en pro del ciudadano, sano o enfermo.

Hace ya casi 20 años que Albert Jovell reflexionaba sobre la diferencia entre el hecho de ser médico –la profesión– y el de hacer de médico –la ocupación–. El verbo 'profesar' traduce el compromiso público con un conjunto de valores. Para Cruess, una profesión es una ocupación cuyo elemento nuclear es el trabajo fundamentado en el dominio de un cuerpo complejo de conocimientos y habilidades que se emplea al servicio de otros. Los miembros



de una profesión se rigen por códigos éticos y profesan un compromiso con la competencia, la integridad, el altruismo y la promoción del bien público dentro de su ámbito, en este caso la medicina. Es precisamente este compromiso el que constituye la base del contrato entre la profesión médica y la sociedad, la cual, como contrapartida, otorga a los médicos el monopolio en el uso de su cuerpo doctrinal, el derecho a un cierto grado de autonomía y el reconocimiento de la autorregulación. El profesionalismo médico deriva obviamente del concepto de profesión y se podría definir como el conjunto de valores, comportamientos y relaciones que apuntalan la confianza que la sociedad deposita en sus médicos.

En las sociedades modernas, los médicos desempeñan dos papeles fundamentales: el médico sanador y el médico profesional. Ambos roles comparten muchos aspectos, pero proceden de tradiciones distintas e implican diferentes compromisos y obligaciones. La tradición del médico sanador procede de Hipócrates y sus características son reconocidas universalmente. Por el contrario, el médico como miembro de una profesión ha tenido poco impacto social hasta que la ciencia proporcionó las bases de la medicina moderna y la revolución industrial proveyó el suficiente bienestar como para que la salud pudiera considerarse un bien adquirible y negociable. Como consecuencia de ello, la sociedad organizó los cuidados sanitarios en torno a las profesiones existentes y les otorgó, como contrapartida del contrato, un monopolio de práctica, una considerable autonomía, la capacidad de autorregularse y una remuneración. Uno de los atributos que comparten ambos roles de los médicos es el de la competencia.

El concepto de competencia médica ha recibido distintas interpretaciones. Una de ellas es la que hace referencia a los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la profesión que capacitan al médico para resolver los problemas que plantea su ejercicio. Un nuevo concepto de competencia se enmarca dentro del proceso de formación del médico y se definiría como el grado en que un sujeto puede utilizar conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, para poder desempeñarla de manera eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica. Para el enfermo crónico, predominante en nuestro sistema sanitario, la competencia médica enlaza elementos de habilidad y conocimientos técnicos (poseer conocimientos e interés por la enfermedad que sufre, acertar en el diagnóstico y en el tratamiento, mantener una continuidad en la atención con los seguimientos adecuados y solicitar las pruebas complementarias pertinentes) con otros relacionales referidos a la comunicación y a la información.

La competencia técnica es el reflejo de la necesidad de adecuar los conocimientos y habilidades relevantes para la práctica médica a los continuos avances de las ciencias de la salud; en el fondo es la búsqueda de la excelencia profesional

La competencia técnica es el reflejo de la necesidad de adecuar los conocimientos y habilidades relevantes para la práctica médica a los continuos avances de las ciencias de la salud, e incluye la atención sanitaria de calidad, la actualización científica, la participación en actividades de docencia e investigación, la responsabilidad a la hora de tomar decisiones y



realizar actuaciones, y la autonomía profesional (sin dejarse influir por las numerosas presiones del entorno, ya sean administrativas, económicas o de los propios usuarios); en el fondo, es la búsqueda de la excelencia profesional.

La fecha de caducidad de los conocimientos y destrezas médicas se adelanta a medida que el cambio tecnológico se acelera y, por este motivo, la necesidad de actualizarse es una de las exigencias que el médico experimenta de forma más acuciante que otras profesiones. Se estima que la vida media de una 'verdad científica' en medicina es de 50 años, y que cada 15 años se duplica el número de publicaciones científicas. Se calcula que actualmente se produce un exabyte al día de información, mientras que a lo largo de los siglos y hasta principios del actual sólo se habían acumulado cinco exabytes de conocimiento. En las universidades españolas, el área de medicina y farmacología es la segunda en producción científica, con 114.470 documentos en la década 2006-15. Se ha conjeturado que un internista necesitaría leer 17 artículos todos los días del año para mantenerse adecuadamente actualizado. Comprensiblemente, esta 'obesidad informativa' obliga a los médicos a ser verdaderos gestores del conocimiento en su ejercicio profesional y decidir, con saludable espíritu crítico, la utilización pertinente de estos avances en pacientes concretos. Tal y como señalan Gual, Oriol y Pardell en *El médico del futuro*, el médico ha de huir del cientificismo y aprovechar las bondades del método científico para incorporar a su ejercicio sólo las novedades tecnológicas debidamente contrastadas. En este sentido, conviene recordar que el gasto sanitario dedicado a procedimientos ineficaces o directamente perjudiciales puede alcanzar el 20% del gasto total según algunas estimaciones.

La 'obesidad informativa' obliga a los médicos a ser verdaderos gestores del conocimiento en su ejercicio profesional

Es evidente que una práctica clínica competente supone el uso del mejor conocimiento científico disponible. Hoy en día no es admisible el ejercicio de la medicina desconociendo la existencia de fuentes de información que permiten una práctica profesional actualizada. Sin embargo, como ya se ha adelantado, es fácil extraviarse en la inmensidad inabarcable de la bibliografía médica. El desafío de mantenerse actualizado con esta sobredosis de información y, en consecuencia, poder garantizar la mejor asistencia posible a los pacientes viene favorecido por la fácil accesibilidad a la información, el almacenamiento electrónico de datos, la comunicación instantánea, permanente y sin fronteras, y el surgimiento de movimientos como el de la medicina basada en la evidencia, que han contribuido decisivamente al pensamiento y la lectura crítica de la literatura médica. En la actualidad, una práctica clínica basada en la rutina o en opiniones no respaldadas por pruebas es inaceptable. Este progreso, aparentemente ilimitado y benéfico, exhorta a la reflexión sobre aspectos como la equidad, la efectividad y la sostenibilidad de las nuevas tecnologías. El hecho de que la tecnología forme parte indisoluble de su ejercicio no debe hacer caer al médico en la fascinación tecnológica irreflexiva –que frecuentemente genera nuevas incertidumbres– ni, por el contrario, en la resistencia irracional a los avances diagnósticos y terapéuticos por sentirse confortable con los procedimientos tradicionales. Un médico competente, con capacidad científico-técnica y humana para practicar el ejercicio de la



profesión con calidad, también ha de ser capaz de seleccionar la información que proporciona a sus pacientes y evitar la sobreinformación, la desinformación o la confusión informativa. En esa relación de asimetría consentida, el médico debe evitar mantener una relación paternalista con sus pacientes y propiciar un modelo deliberativo que les capacite para tomar decisiones sobre su propia salud.

La cualificación que se exige a los médicos es cada vez mayor. Los continuos avances en el ámbito sanitario generan grandes expectativas en la sociedad y una presión adicional en la profesión médica. La incapacidad de asimilar y seleccionar todo el conocimiento disponible; las dificultades de trasladar ese conocimiento a la práctica diaria y a los pacientes individuales; el aumento de ámbitos de capacitación específica, especialidades y subespecialidades; y la caducidad del conocimiento suponen una presión adicional para el médico. Además, las altas expectativas que la sociedad tiene en el progreso científico y los avances tecnológicos incrementan las perspectivas sobre los estándares de competitividad del médico. Se les demanda no sólo el ejercicio solvente de su especialidad, sino también el desempeño de una variedad de actuaciones relacionadas con el conocimiento de diferentes disciplinas y habilidades médicas de carácter transversal (epidemiología, estadística, investigación, gestión, comunicación), lo que reclama una formación continuada en todos los ámbitos y una reacreditación periódica de todas las competencias profesionales. La complejidad del conocimiento médico, su naturaleza probabilística y, por consiguiente, la incertidumbre que implica imponen una serie de limitaciones que deberían ser objeto de un mayor reconocimiento social. Asimismo, la fragmentación del conocimiento médico en especialidades y

subespecialidades plantea el desafío de definir los contenidos de éstas, sus competencias y su repercusión en la homogeneidad de una profesión que ha de articularse en torno a un conjunto mínimo de valores estructurados que la sociedad pueda reconocer. Esta aparente contradicción acarrea el riesgo de una ambigüedad en la responsabilidad de la prestación asistencial, por la que a veces se hace difícil identificar al médico responsable del paciente, y podría ser fuente de errores si no existe una coordinación efectiva entre los distintos niveles asistenciales implicados en el cuidado del paciente.

Ejercer en un sistema sanitario basado en el conocimiento exige aprender a aprender desde la formación universitaria, un entorno laboral que promueva la generación y la utilización del conocimiento y la adquisición de competencias profesionales en el trabajo (capacitación continuada y potenciación profesional). Esto implica el compromiso no sólo del médico, sino también de distintas organizaciones, sociedades científicas, colegios profesionales y la administración. El conocimiento, tanto explícito como tácito, presenta una estrecha relación con la formación, las actitudes y la competencia. Una actitud orientada al aprendizaje tiende a aumentar el valor del profesional, y es una cualidad reconocida y valorada por los pacientes. La sociedad desea unos resultados clínicos satisfactorios, lo que pasa por realizar una práctica basada en la mejor evidencia disponible y por justificar adecuadamente sus decisiones cuando no se dispone de ella. La sociedad tiene unas expectativas y asume el hecho de que no está en condiciones de emitir un juicio sobre la competencia que fundamenta la profesión médica y las decisiones derivadas de la aplicación de un conocimiento especializado, complejo, incompleto



e indeterminado. En estas circunstancias, el médico solicita la confianza de la sociedad a la que ofrece, a cambio de un reconocimiento ya mencionado, competencia para aplicar unos conocimientos y habilidades especializados, la búsqueda de la excelencia profesional y la actualización de sus conocimientos. Un médico competente es un médico digno de confianza, fiable. Esta confianza es el elemento clave del nuevo modelo de contrato social. De hecho, la confianza se sustenta en dos ideas básicas: competencia y compromiso. Los pacientes necesitan confiar en la profesión médica, y ésta debe ofrecer confiabilidad. Dada la asimetría de información y conocimiento entre médico y paciente y la situación de vulnerabilidad en que éste se encuentra, el médico debe garantizar el cumplimiento de los compromisos contraídos: altruismo, anteposición de los intereses del paciente y confidencialidad.

Dada la asimetría de información y conocimiento entre médico y paciente y la situación de vulnerabilidad en que este se encuentra, el médico debe garantizar el cumplimiento de los compromisos contraídos

A lo largo de la historia, la medicina ha sido testigo de diversos ciclos de confusión moral, de dudas acerca de si existe algo especial que impone a los que la practican unos estándares de integridad ética más rigurosos. Cuando una profesión se ‘desprofesionaliza’ rechaza estas superiores exigencias morales y se acomoda al clima político y cultural predominante. Las causas de esta desprofesionalización son diversas, pero uno de los factores esenciales está asociado

a un déficit de competencia profesional y la consecuente disminución de la calidad asistencial, incremento del gasto sanitario, variabilidad en el ejercicio clínico e incertidumbre acerca del impacto real que sobre la salud de los ciudadanos tiene el uso de muchas prácticas médicas. El incremento de la producción científica y el paradójico déficit de competencia entroncaría con la llamada ‘sociedad de riesgo’, que Beck define como ‘aquella en la que la producción de conocimiento conlleva la creación de situaciones de mayor incertidumbre’. Relacionada también con el déficit de competencia profesional está también la tendencia a la ocultación del error médico y el automatismo ante prácticas profesionales manifiestamente mejorables.

Uno de los factores esenciales de la desprofesionalización está asociado a un déficit de competencia profesional y la consecuente disminución de la calidad asistencial, incremento del gasto sanitario, variabilidad en el ejercicio clínico e incertidumbre acerca del impacto real que sobre la salud de los ciudadanos tiene el uso de muchas prácticas médicas

La confluencia de las revoluciones biotecnológicas e infotecnológicas parece colocar a la inteligencia artificial en mejores condiciones para realizar cálculos de probabilidades y reconocimiento de patrones e incluso para desempeñar tareas que requieren intuiciones acerca de otras personas. Dos capacidades no humanas importantes de la inteligencia artificial son la conectividad y la capacidad de actualización y, en ese sentido, podrían proporcionar una prestación sanitaria



mucho mejor y más barata a miles de millones de personas, en particular, a las que normalmente no reciben ningún tipo de atención. La confiabilidad futura en la profesión médica dependerá de la capacidad que ésta tenga de asumir los valores del profesionalismo: transparencia, honradez, independencia, rendición de cuentas y, en definitiva, del compromiso innegociable con la competencia profesional.

Bibliografía

- Beck U. La sociedad de riesgo: hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós; 2006.
- Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012; 307: 1513-6.
- Blay P. Evaluación de la competencia profesional. ¿Están cambiando los tiempos? *Aten Primaria* 1995; 16: 8-10.
- Cortina A. El mundo de los valores. 'Ética mínima' y educación. 2 ed. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho; 1999.
- Cruess RL, Cruess SR. Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med* 1997; 72: 941-52.
- Cruess SR, Cruess RL. Teaching professionalism –why, what and how. *Facts Views Vis Obgyn* 2012; 4: 259-65.
- Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. 'Profession': a working definition for medical educators. *Teach Learn Med* 2004; 1: 74-6.
- Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence-based medicine. A new journal to help doctors to identify the information they need. *BMJ* 1995; 310: 1085-6.
- Gual A, Oriol A, Pardell H. El médico del futuro. *Med Clin (Barc)* 2010; 134: 363-8.
- Habermas J. La reconstrucción del materialismo histórico. Madrid: Tecnos; 1981.
- Harari YN. Veintiún lecciones para el siglo XXI. Barcelona: Penguin Random House; 2018.
- Informe IUNE 2017. Actividad investigadora de las universidades españolas. Madrid: Alianza 4 Universidades; 2017.
- Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Barcelona: Biblioteca Josep Laporte; 2001.
- Jovell AJ. Contrato social y valores en la profesión médica. *Rev Adm Sanit* 2005; 3: 495-503.
- Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Madrid: Fundación Alternativas; 2006.
- Kane MT. The assessment of professional competence. *Eval Health Prof* 1992; 15: 163-82.
- Ortega y Gasset J. Introducción a una estimativa. En: *Obras completas*, tomo VI. Madrid: Alianza Editorial; 1989.
- Pellegrino ED. Medical professionalism: can it, should it survive? *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 147-9.
- Prieto MA, Danet A, Escudero MJ, Ruiz A, Pérez-Corral O, García N. Definición de competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público de Andalucía. *Gac Sanit* 2012; 26: 450.
- Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty –the next medical revolution? *N Engl J Med* 2016; 375: 1713-5.



— 9 —

**Confidencialidad.
No divulgar la información
del paciente sin causa
justificada**

JUAN MONÉS XIOL



Juan Monés Xiol

Ex Vicepresidente de la Comisión Deontológica Central, OMC

Profesor emérito de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona

Nacido en Badalona en 1940, es licenciado en Medicina y Cirugía (1964), doctor en Medicina y Cirugía (1977) y especialista en Patología Digestiva (1969). Ha sido jefe de la Unidad de Gastroenterología y Exploraciones Funcionales del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona (1994-2006), y consultor sénior de nivel 3 (2006-2011). Ha sido profesor titular de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) (1993-2011), donde ha impartido docencia en su especialidad y en Bioética, y es profesor emérito de Medicina y Bioética en la Facultad de Medicina de la UAB (desde 2011).

Ha impartido docencia en el Máster de Experto en Ética Médica de la Organización Médica Colegial (OMC) (2011-2013) y en el Máster de Dirección de Instituciones Sanitarias de la Cátedra de Gestión, Dirección y Administración Sanitaria de la UAB (2009- 2019). Colabora en la asignatura 'Profesionalismo: los valores de los médicos', del currículo del grado de medicina de la Universidad de Barcelona. Ha sido presidente de la Sociedad Catalana de Patología Digestiva (1987-1990) y miembro de la Comisión Nacional de Aparato Digestivo del Ministerio de Sanidad y Consumo (1995-2000).

Además de su actividad como especialista en patología digestiva, ha desarrollado y sigue desarrollando una intensa actividad en el campo de la deontología médica, y ha desempeñado los cargos de presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona (1992-2006); vocal de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona (2006-2009); vocal de la Comisión Central de Deontología de la OMC (2009-2013); secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC (2013-2017); y miembro de la Comisión Nacional de Reproducción Asistida del Ministerio de Sanidad (2009-2014). Actualmente es el coordinador del grupo de trabajo del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos sobre 'El buen quehacer de médico'. Es académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Catalunya desde 2017.

Publicaciones

Monés J, Cararach V, Coll O. Infección por VIH y transmisión vertical. Ann Med 1999; 82: 355-7.

Monés J, Ortega D, Craven J, Borrell F, Coll O, Hidalgo G. Internet y la consulta virtual. Ann Med 2000; 83: 228-30.

Monés J, Voltas D, Cararach V. La clonación humana. Ann Med 2001; 84: 48-50.

Monés J, Aubia J. Código de Deontología, práctica clínica y economía de la salud. Ann Med 2002; 85: 291-5.

Monés J. Deontología y errores médicos. Ann Med 2003; 86: 134-7.

Monés J, Forcada JM, Craven J. Reflexiones sobre la atención de pacientes terminales en situación de agonía. Ann Med 2005; 88: 75-9.

Monés J, Torras N, Craven J, Sánchez JM. Objeción de conciencia en medicina. Ann Med 2005; 88: 183-6.

Monés J. Reflexiones éticas sobre el tiempo de la visita médica. Ann Med 2007; 90: 141-4.

Monés J, Teres J. Aspectos éticos de la medicina trasfusional. Med Clin (Barc): 2009; 132: 627-32.

Monés J, coord. Manual de Ética y Deontología. Madrid: Organización Médica Colegial; 2012.

Confidencialidad. No divulgar la información del paciente sin causa justificada

Introducción

La obligatoriedad de proteger y mantener el secreto de todo lo que el médico haya oído, visto o intuido de una persona en el desempeño profesional es uno de los principios éticos que los médicos tienen más interiorizados desde hace siglos, de los derechos de los pacientes y valores del médico más reconocidos y demandados por la población.

Las personas tienen o sienten aspectos que no desean compartir. Este reducto interior es la intimidad. Con alguna frecuencia el médico en el ejercicio de su profesión, ha de entrar en ese reducto interior de su paciente, que ha respetar y preservar, lo más inalterable posible

Las personas tienen o sienten aspectos que no desean compartir con nadie, otras sólo con su pareja, otras en un círculo exclusivo de familiares, amigos o compañeros de trabajo.

Este reducto interior es la intimidad. Con alguna frecuencia el médico, en el ejercicio de su profesión, ha de entrar en ese reducto interior de su paciente, que ha respetar y actuar con lealtad, que se materializa con el compromiso de preservarlo lo más inalterable posible. Se está perfilando el concepto de confidencialidad y, por ende, del secreto médico. Tanto una como otro han de ser valores fundamentales del quehacer profesional del médico.

El Dr. Martí Mercadal, en su libro *El secreto profesional del médico*, indica que ‘Si el médico utiliza el conocimiento de lo que es íntimo de su paciente, obtenido en el proceso de la relación médico-paciente, para otra finalidad que no depende de la razón por la cual le ha sido confiado, incumple gravemente el pacto tácito de confidencialidad’. Más adelante dice: ‘El derecho a la protección de la intimidad es un derecho fundamental del individuo, que hoy más que nunca precisa protección frente a la divulgación incontrolada con los actuales medios de comunicación basada en un mal entendido derecho absoluto a la información’.



El universo digital en poco tiempo ha provocado grandes cambios en el ámbito de la salud. Entre otras razones por: a) acceso fácil y rápido a la información para los ciudadanos y los profesionales sanitarios; b) modificaciones en el manejo de la historia clínica; c) relaciones entre equipos asistenciales; y d) universalización de la informática, que permite almacenar, tratar y clasificar datos que aislados tenían poca importancia, pero que cotejados informáticamente pueden construir perfiles ‘privados’ de las personas.

La era digital ha eliminado las fronteras del espacio y tiempo. Los datos personales pueden viajar por el mundo en segundos, permitiendo que las posibles agresiones a la intimidad se puedan expandir a un ritmo epidémico y que puedan quedar perpetuadas. Es cierto que la tecnología actual aporta instrumentos que permiten una más adecuada protección de los datos personales y una buena trazabilidad de quién y cómo los manipula de forma fraudulenta, pero esta realidad no elimina la percepción de que se están relativizando los criterios de lo que es o no íntimo.

Además, la práctica médica actual está alejada del esquema de una relación interpersonal, con la necesaria aparición del trabajo en equipo, historia compartida, docencia junto al paciente, telemedicina, etc., que ponen en más riesgo la intimidad de las personas.

Glosario

En la introducción se ha hecho mención a la intimidad, la confidencialidad, el secreto profesional y el secreto médico, que podrían considerarse como sinónimos, cuando tienen claros matices diferenciales, que se verán reflejados en las siguientes definiciones brevemente comentadas.

- *Intimidad.* Ámbito en que las personas gestionan libre y privadamente su mundo de valores (religiosos, culturales, políticos, higiénicos, sexuales, económicos, etc.) y todo lo que tiene que ver, directa o indirectamente, con ellos. El derecho a la intimidad protege la intromisión no deseada de otras personas en ese espacio interior sin el consentimiento expreso del interesado.
- *Privacidad.* Derecho de las personas a determinar y controlar qué información suya pueda ser revelada, a quién y por qué motivo. Los contenidos íntimos son todos privados, pero no todos los privados son íntimos. A título de ejemplo, son cuestiones íntimas el historial sanitario o la afiliación política, son cuestiones privadas el número de cuenta de la entidad bancaria y cuestiones personales el NIF o el domicilio.
- *Confidencialidad.* Derecho de las personas a que los que hayan entrado por su profesión en conocimiento de sus contenidos íntimos no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa. En el contexto de la sanidad, es un elemento más de calidad asistencial, un deber de la institución sanitaria en su conjunto y de cada profesional en



particular. El respeto a la confidencialidad no es sólo obligación de los médicos, sino también de otros profesionales sanitarios (enfermeros/as, fisioterapeutas, etc.) u otros profesionales (abogados, asistentes sociales, etc.).

- *Secreto*. Deber de las personas de no revelar el conocimiento de ciertos datos de otras sin su consentimiento o sin habilitación legal. El secreto se sitúa sobre todo en colectivos profesionales que tienen código de deontología y entra dentro del denominado profesionalismo.
- *Secreto médico*. Deber del profesional de la medicina de mantener oculta la intimidad del paciente y de no revelar sus datos confidenciales para fines ajenos a la asistencia sanitaria, mientras el paciente no lo autorice o no existan exigencias suficientemente importantes de bien público, evitación de daño a terceros o imperativo legal. Su correcta aplicación es uno de los valores más apreciados del colectivo médico y que sus profesionales han de tener siempre presente.

Confidencialidad y secreto médico

Importancia de la confidencialidad y el secreto médico

La guía *El buen quehacer del médico* (BQM), en su recomendación 10, dice que 'el médico debe tratar la información de sus pacientes de manera confidencial, respetando siempre el marco legal y ético'. El Código de Deontología Médica (CDM), en su artículo 27.2, refleja de forma concisa, pero clara, la obligación del médico en cuanto

a la confidencialidad y el secreto médico: 'El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo lo que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica'.

Su cumplimiento es importante para:

- *Mantener el vínculo de confianza entre médicos y pacientes*. Si no se garantiza a los pacientes su derecho a la confidencialidad, éstos pueden ser reticentes a facilitar en el interrogatorio algunos datos personales e incluso reticentes a la propia asistencia. En la práctica sanitaria actual, los pacientes entienden y comprenden que sus datos pueden ser conocidos por los que cooperen para su correcta atención, pero no es tan evidente su permiso con otros objetivos relacionados con la asistencia (docencia, investigación, estudios multicéntricos, etc.), por lo que para su utilización el paciente debe ser previamente informado.
- *Si el paciente diera autorización a su médico para revelar datos de su historia clínica, el médico debe ser muy prudente en su información para no dañar la confianza social sobre su deber de secreto profesional*. Si la sociedad dudara del compromiso de los médicos en salvaguardar la confidencialidad de sus pacientes, éstos acudirían a solicitar asistencia con desconfianza y probablemente menos dispuestos a dar alguna información que pudiera ser importante y condicionar riesgos para la salud individual y colectiva, es decir, las consecuencias derivadas de una medicina sin confidencialidad pueden llegar a



ser graves para el paciente e incluso para la sociedad. El médico debe ser muy prudente en divulgar aspectos de salud de personas de notoriedad pública (deportistas de élite, artistas, políticos, etc.), aunque tengan su permiso explícito para comunicarlo. El CDM lo contempla en el artículo 28.4: 'Cuando se produzca algún problema de salud en personas de notoriedad pública, el médico responsable de su asistencia o el designado específicamente para ello podrá facilitar información haciendo constar la autorización de la persona afectada o responsable de la misma. Extremará en todo caso la prudencia en su labor informativa'.

- *Por motivaciones legales.* La Constitución española, en su artículo 18, garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, indica la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que figuran el derecho a la información relativa a la salud de las personas, y establece que se debe asegurar el respeto a la intimidad y la libertad personal e individual, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan. El CDM, en su artículo 7.1, expresa que 'Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley'; y el artículo 7.2 que 'Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes'.

Confidencialidad relacionada con la historia clínica

La historia clínica, como documento en que se registra la atención sanitaria de una persona, tiene fundamentalmente una finalidad asistencial, pero también tiene connotaciones científicas y legales. La historia clínica en cualquier formato, pero sobre todo en las formas actuales de registro digital accesible desde muchos lugares, ha llevado a tomar medidas para asegurar, dentro de lo posible, la confidencialidad.

Si la información sensible del paciente es relevante, el médico le pedirá permiso para su inclusión en la historia clínica

El médico ha de ser muy cuidadoso introduciendo en la historia clínica la información recibida del paciente. Ha de ser cierta, obviando detalles íntimos irrelevantes para la atención de su salud. Si la información sensible del paciente es relevante, el médico le pedirá permiso para su inclusión en la historia clínica. Si el paciente deniega el permiso de introducir la información sensible relevante, es preciso explicarle los perjuicios que le puede ocasionar el que no conste y el beneficio de su inclusión. Cuando el médico se ha asegurado de que el paciente es competente y ha comprendido la información, debe respetar su deseo, siempre que no afecte a la salud de terceras personas.

Las imágenes radiológicas, endoscópicas, fotografías, etc., forman parte de la historia clínica y se deben tratar como un dato clínico más y considerar el riesgo especial cuando aparezca la cara u otros atributos que permitan



la identificación del paciente. El médico ha de ser cuidadoso en las anotaciones subjetivas al hacer reflexiones referentes a hipótesis diagnósticas, si cree que su lectura podría perjudicar al paciente, sobre todo si no se demuestra con posterioridad.

El paciente tiene derecho a conocer el contenido de su historia clínica, con las salvedades señaladas en el artículo 19.5 del CDM

El paciente tiene derecho a conocer el contenido de su historia clínica con algunas salvedades, como señala el artículo 19.5 del CDM: ‘El médico tiene el deber de facilitar, al paciente que lo pida, la información contenida en su historia clínica y las pruebas diagnósticas realizadas. Este derecho del paciente quedaría limitado si se presume un daño a terceras personas que aportaron confidencialmente datos en interés del paciente. Las anotaciones subjetivas que el médico introduzca en la historia clínica son de su exclusiva propiedad’.

En algunas ocasiones el paciente solicita que sea eliminada una determinada información en la historia. El médico, después de explicar claramente los perjuicios que esta petición le puede ocasionar, si el paciente no se retracta, debe cumplirla, siempre que no perjudique a terceros.

En las historias clínicas compartidas, todo profesional sanitario con contraseña tiene acceso, lo que representa un gran avance de eficacia y eficiencia, pero a la vez se ha de crear una huella y, en caso de conflicto, el profesional tendría que justificar la necesidad que tenía de acceder. También se debe tener presente, como indica el artículo 28.5

del CDM, que ‘la muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional’.

Básicamente, los centros sanitarios, pero también los médicos que han intervenido en la asistencia y elaboración de la historia clínica, tienen la obligación de establecer los mecanismos necesarios para mantener su confidencialidad en cualquier formato. Esta obligatoriedad está contemplada en el artículo 28.1 del CDM: ‘el director médico de un centro o servicio sanitario velará por el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y la confidencialidad de los pacientes ni la documentación referida a ellos’.

La confidencialidad en la asistencia médica no convencional

Aunque aún son minoritarias, cada vez son más frecuentes las visitas virtuales o las consultas a través de las redes sociales. En regiones o zonas aisladas o de difícil acceso por inclemencias meteorológicas, así como en los barcos de pesca de altura, las consultas virtuales son un avance por su inmediatez y por evitar en muchas ocasiones desplazamientos costosos, pero con un mayor riesgo de invasión de la intimidad del paciente a pesar de las medidas en los programas informáticos tendentes a dificultar esta invasión, así como con las normativas nacionales e internacionales que regulan el acceso a la información contenida o difundida vía Internet.

También se ha de considerar en este apartado la segunda opinión a través de Internet, en la que tanto el primer médico presencial como el consultor están obligados a mantener la confidencialidad en todo el proceso.



El círculo de confidencialidad

La familia y otras personas que quieren y/o cuidan del paciente tienen la comprensible necesidad de conocer la situación en cuanto a la salud de su ser querido. Se entiende por círculo de confidencialidad el grupo de personas a las que el médico puede dar información sobre un paciente sin violar el secreto, definido o acotado por el propio paciente, y sólo éste puede decidir qué personas están incluidas e incluso en qué grado.

Es muy habitual que después de una intervención quirúrgica o de una visita a un paciente hospitalizado, la familia pida información sobre su estado de salud, el proceso diagnóstico de la enfermedad o el resultado de una intervención quirúrgica. El médico suele dar esta información basándose en lo que piensa que es una autorización tácita. El hecho, no por ser habitual, quiere decir que sea del todo prudente; lo más correcto sería pedir al paciente con anterioridad a qué familiar o familiares puede dar la información.

Con alguna frecuencia, algún presunto familiar o cuidador pide información de forma presencial o por teléfono sobre pruebas diagnósticas, pronóstico, tiempo previsible de baja laboral, etc., del paciente. El médico debe asegurarse de que el paciente ha permitido esta información. Debe ser especialmente estricto si la información es solicitada por teléfono u otros métodos no presenciales. Hay que tener presente que a veces esta información puede condicionar un perjuicio para el paciente. Un signo implícito de la autorización del paciente es el hecho de que las personas le han acompañado frecuentemente en su asistencia, por lo que se asume que son de su confianza e integrantes del círculo de confidencialidad.

En ocasiones son los profesionales sanitarios, los que acceden a datos de salud o a las historias clínicas de compañeros de trabajo, familiares o conocidos, sin el consentimiento del paciente. El profesional sanitario debe rechazar siempre dichas actuaciones

En otras ocasiones son los profesionales sanitarios los que pueden acceder por curiosidad u otras motivaciones, incluso menos confesables, a datos de salud de compañeros de trabajo, familiares o conocidos, y no es infrecuente acceder a historias clínicas a petición por abuso de confianza de amigos o familiares del médico, que le piden información sobre un paciente sin su consentimiento. Es una actuación que el profesional sanitario debe rechazar, indicando que el secreto médico es uno de los valores fundamentales del médico.

Una situación especial son los pacientes que sólo hablan su lengua y no es la que conoce el médico, por lo que es necesaria la presencia de intérpretes (familiares, menores de edad, mediadores culturales, etc.), que son considerados como 'confidentes necesarios', aunque el médico debe ser muy prudente en el interrogatorio al abordar aspectos que pueden representar un compromiso para el paciente, sobre todo cuando el traductor/a es un familiar, y aún con más sutileza cuando se trata de menores, habitualmente hijos o familiares directos del paciente.

El médico puede encontrarse con las llamadas 'conspiraciones de silencio', en que los familiares le piden que no informe al paciente de la verdad de su situación cuando ésta es desfavorable.



La familia pretende usurpar, habitualmente con buena, pero equivocada intención, el derecho de la persona a conocer la realidad de su situación para poder ejercer su derecho a la autonomía. El titular del derecho a la confidencialidad es la persona, no su familia, y se puede dar la paradoja de que todo el entorno del paciente conozca su delicada situación menos él, que es sin duda el protagonista de su propia historia y se quede sin capacidad de decisión.

En la información al paciente, aunque pueda ser desfavorable, nunca se debe mentir, pero se ha de intentar explicar la verdad escalonadamente y de forma 'tolerable' para el paciente. Es una buena táctica ir contestando las preguntas que el paciente va realizando, y con ello el médico suele intuir hasta qué punto del conocimiento de su situación quiere llegar el paciente en cada momento.

Ocasionalmente es el propio paciente quien renuncia a recibir información que piensa que le puede perjudicar y delega quién o quiénes deben recibir la información y por ende la capacidad de decisión, delegando su derecho a la autonomía.

En la confidencialidad de los menores son claros los siguientes artículos del CDM.

– *Artículo 14.1.* 'El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias'. Es decir, entre los 16 y 18 años, el adolescente tiene el mismo derecho a la confidencialidad que los adultos (con limitadas excepciones, aborto, reproducción asistida y ser sujeto de investigación), derecho que el médico ha de comunicar a los adolescentes y a sus padres o tutores.

– *Artículo 14.2.* 'La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética'. La ley hace caer la responsabilidad a los padres o tutores ('patria potestad'), que el médico ha de respetar, pero matiza el CDM que la opinión del menor, sobre todo si se considera 'maduro' (el que comprende lo que ha de decidir), será determinante, como señalan los siguientes artículos del CDM.

– *Artículo 14.3.* 'En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre los 16 y los 18 años, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta'. En estas circunstancias de gravedad, los padres o tutores son determinantes, pero, si el médico considera que esta decisión puede ser inadecuada para el menor, le queda el recurso de solicitar la intervención judicial, como muestra el artículo 14.4. 'Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial'.

El secreto médico compartido y derivado

Históricamente, la relación médico-paciente se fundamentaba en su carácter bilateral, sin que otros profesionales intervinieran en este limitado círculo, con la excepción de enfermería. En las últimas décadas, la asistencia se ejerce por equipos profesionales que comparten la información para dar al paciente una atención de calidad y donde los datos se van incluyendo en la historia clínica por diferentes profesionales



sanitarios y no sanitarios, todos ellos sujetos al secreto, y aparecen los conceptos de 'secreto médico compartido' y de 'secreto médico derivado'.

El 'secreto médico compartido' es una necesaria consecuencia de la medicina moderna ejercida por un equipo de profesionales y ampliamente tecnificada. El 'secreto médico derivado' proviene de la existencia en el proceso asistencial de otros elementos sobreañadidos, como la gestión y la administración (personas de la administración de los centros sanitarios, personal de justicia, de compañías aseguradoras, de riesgos laborales, certificaciones de calidad, etc.) que obligan a que otro tipo de personas no sanitarias puedan tener acceso a la documentación clínica.

La conducta que debe tener el médico en estas situaciones queda establecida en el CDM en sus artículos 29.1 ('el médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional') y 29.2 ('en el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico tiene el deber y la responsabilidad de preservar la confidencialidad del total de los datos conocidos del paciente').

Los médicos que comunican lo que conocen de un paciente a otros médicos sin necesidad asistencial se olvidan y transgreden el secreto médico, entendiendo erróneamente que los contenidos de las historias clínicas son como una propiedad compartida de la profesión médica, cuando es un deber profesional individual. El artículo 29.3 del CDM lo indica: 'El médico debe tener una justificación razonable para comunicar a otro médico información confidencial de sus pacientes'.

Los médicos que comunican lo que conocen de un paciente a otros médicos sin necesidad asistencial transgreden el secreto médico, entendiendo que dichos contenidos son como una propiedad compartida de la profesión médica, cuando es un deber profesional individual

Confidencialidad y docencia

El BQM, en su recomendación 95, dice: 'el médico tiene la obligación de facilitar el aprendizaje de los estudiantes de grado, de posgrado, de especialidades médicas y de otros profesionales de la salud'. La docencia de pregrado y posgrado va ligada inexorablemente a la actividad asistencial, y este aspecto debe ser conocido y reconocido por la sociedad. Hay que hacer especial referencia al sistema MIR, procedimiento de especialización más idóneo para dar continuidad a una asistencia sanitaria pública de calidad; la experiencia ha demostrado su eficacia en la formación de los profesionales médicos, aun reconociendo que puede tener, como toda actividad humana, aspectos mejorables.

Pero es cierto que la docencia puede provocar a veces incomodidades a pacientes. Sin embargo, si se ha comunicado adecuadamente los aspectos docentes de los centros sanitarios, la gran mayoría de los pacientes las aceptan sin dificultad e incluso algunos se sienten como participantes necesarios de la docencia, asumiéndolo como un servicio a la sociedad (paciente como 'docente') e incluso beneficiarse, ya que su participación en el aprendizaje implica si cabe una más detenida atención.



La docencia comporta que en los centros sanitarios pueden estar presentes en las consultas, en las habitaciones de hospitalización o en los quirófanos médicos en formación, estudiantes de medicina, enfermeras, etc., sin que el paciente haya consentido explícitamente su presencia. A veces su presencia podría condicionar la entrevista clínica, por su carácter íntimo o por desconfianza de que guarden el secreto. Por ello es imprescindible presentar a los dicentes y explicar brevemente el motivo de su presencia, pidiendo permiso al paciente.

Es muy mayoritaria la buena colaboración de los pacientes, pero, si no se admitiera la presencia de médicos en formación o estudiantes de medicina, es deontológicamente adecuado explicar al paciente que su negativa está injustificada y vulnera el 'principio de justicia', en cuanto a la obligación de repartir entre todos la justa distribución de los recursos sanitarios. Sin embargo, aceptando como básico el artículo 5.3 del CDM, 'la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia...', se debe admitir la negativa del paciente por el potencial riesgo para su salud generado por la probable tensión en la relación médico-paciente.

Finalmente, hay que considerar que el médico, en la presentación pública de documentación, tendrá en cuenta las consideraciones de los dos siguientes artículos del CDM: el 28.2 ('el médico procurará que en la presentación pública de documentación médica en cualquier formato no figure ningún dato que facilite la identificación del paciente'); y el 28.3 ('está permitida la presentación de casos médicos que hayan sido fotografiados o filmados para fines docentes o

de divulgación científica habiendo obtenido la autorización explícita para ello o conservando el anonimato').

Confidencialidad en ámbitos poco relacionados con la asistencia médica

La profesión médica sabe que no debe mencionar o comentar sobre sus pacientes en la cafetería o en el ascensor de un centro sanitario, debe ser cuidadoso en no dejar abierto el ordenador profesional, no debe comentar sobre pacientes en el ámbito personal (familiar, amigos, etc.), pero no son infrecuentes las trasgresiones en los escenarios enumerados, mayoritariamente sin mala intención, lo que no quita gravedad a estas infracciones contra el secreto médico. El CDM, en su artículo 27.7, de forma escueta, pero tajante, indica: 'El médico preservará en su ámbito social, laboral y familiar la confidencialidad de los pacientes'.

Las redes sociales en sanidad son herramientas magníficas de comunicación, pero pueden determinar dificultades de confidencialidad

Las redes sociales en sanidad son herramientas magníficas de comunicación, pero pueden determinar dificultades de confidencialidad, El BQM, en su recomendación 51, indica: 'el médico, cuando informa a los medios de comunicación, tiene la obligación de mantener la confidencialidad de sus pacientes. Debe recordar que sus comunicaciones destinadas a amigos o familiares a través de las redes sociales pueden ser vulnerables y accesibles a otras personas'.



Es mandatorio que el paciente no pueda ser identificado no tan sólo por imágenes o datos personales, sino también por el riesgo conocer su identidad por datos indirectos (centro sanitario, especialidad, asociación con el médico que publica la información, etc.).

El marco deontológico está en el artículo 64.2 del CDM: 'El médico no podrá emplear en las publicaciones científicas escritas, orales o visuales ningún dato que permita la identificación del paciente. Cuando no pueda obviar esta posibilidad de identificación, el médico deberá disponer del consentimiento explícito del interesado o de su representante legal'.

Como resumen final de este punto, se puede decir que el médico ha de ser muy cauto en las redes sociales, en un tiempo en que el concepto de privacidad ha cambiado, casi desaparecido en aras a una supuesta transparencia y libertad de expresión sin límites, en que todo parece tener carácter público.

Confidencialidad y medicina del trabajo

Los reconocimientos médicos laborales generan información sobre el estado de salud de los trabajadores que debe considerarse parte de la intimidad del trabajador, que tiene el derecho de mantener ocultos los datos de su estado de salud que nada tengan que ver con los riesgos inherentes a su actividad laboral, lo que está recogido además por la Ley Orgánica 1/1982 de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

El médico del trabajo sólo recabará la información que sea pertinente para la protección de la

salud del trabajador en relación con el trabajo. Cualquier otra información deberá contar con su consentimiento. El médico del trabajo será diligente cuando sea conocedor de información especialmente sensible:

- Adicciones del trabajador que supongan un serio riesgo para él mismo, los compañeros, la empresa o terceras personas.
- Trastornos mentales que supongan un riesgo para él mismo, los compañeros, la empresa o terceras personas.

Por tanto, hay que comunicar sólo lo imprescindible para la toma de medidas conducentes a la salud y seguridad de los trabajadores, prudencia necesaria porque hay que suponer la posibilidad de que los datos del reconocimiento médico laboral pueden ser mal utilizados por la empresa para despidos o discriminaciones laborales.

La especificidad del secreto médico en la medicina del trabajo está bien recogida en los dos artículos del CDM, el artículo 31.1 ('los resultados de los exámenes médicos exigidos por la ley deben ser explicados a la persona reconocida. Sólo se informará a la empresa o institución pertinente respecto de la aptitud laboral o de las limitaciones o riesgos para la asignación del trabajo') y el artículo 31.2 ('los resultados de los exámenes practicados en el marco de la vigilancia de la salud se comunicarán exclusivamente a la persona afectada. No obstante, el médico de un centro de medicina preventiva o de medicina del trabajo debe transmitir cualquier resultado que sea útil para el paciente, con su consentimiento, a su médico responsable').



Circunstancias en las que existe obligación de revelar el secreto médico

El CDM establece en su artículo 30.1 que: 'el secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del colegio si lo precisara, en los siguientes casos':

- *En las enfermedades de declaración obligatoria.* Además de la obligatoriedad legal, es uno de los motivos en que la revelación del secreto médico tiene mayor justificación ética, por estar en juego un bien mayor, como es la preservación de la salud de otras personas.
- *En las certificaciones de nacimiento y defunción.* Los médicos tienen la obligación legal de certificarlos, dando un testimonio cierto, verídico y preciso.
- *Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.* Es decisión del médico revelar el secreto en estas circunstancias, y es obligatorio solicitar permiso al paciente para hacer uso de la información. Si el médico tomara la decisión de revelar el secreto, procurará que esté justificado y que el posible mal que se pueda causar no sea mayor que el que se trata de evitar. Si hay evidencias de un peligro real de contagio para un tercero y el paciente no esté dispuesto a comunicar su situación o a tomar medidas preventivas, el médico tiene la obligación de intentar convencerlo, advirtiéndole que, si persiste en su negativa, será el mismo médico quien lo deba hacer. Esta norma del CDM es coincidente con la legal en el artículo 20.5 del Código Penal al definir el estado de necesidad: 'una persona

actúa en estado de necesidad cuando para evitar un mal propio o ajeno, lesiona un bien jurídico de otra o infringe un deber siempre que concurren los siguientes requisitos: a) que el mal causado no sea mayor que el que se trata de evitar; b) que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto; c) que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse'.

- *Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.* Aunque el secreto médico es prioritario sobre los intereses del médico, éste puede excepcionalmente revelar el secreto ante conflictos que puedan perjudicarle injustamente y el paciente lo permita.
- *En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.* El mantener el secreto en estos casos por parte del médico debe interpretarse como un silencio cómplice inaceptable; por tanto, su comunicación a la justicia es un deber tanto desde el punto de vista ético como legal.
- *Cuando sea llamado por el colegio a testificar en materia disciplinaria.* Las reclamaciones de pacientes o colegas al colegio de médicos por presuntas violaciones del CDM requieren la apertura de un expediente informativo que habitualmente es valorado por la comisión de deontología y que a veces conduce por su recomendación a que la junta directiva inicie un expediente disciplinario. En ambos expedientes no es infrecuente que se pida la declaración de uno o más médicos, que deben comunicar los datos que se les demanden.
- *Aunque el paciente lo autorice, el médico procurará siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la*



sociedad en la confidencialidad profesional. La confidencialidad en la relación médico-paciente se amplía en una relación sociedad-médico y con esta perspectiva se entiende bien la prudencia en la información, aunque con la autorización del paciente, para no dañar la confianza social sobre el secreto médico.

– *Por imperativo legal:*

- a) *En el parte de lesiones.* El médico tiene la obligación legal y ética de denunciar posibles actos delictivos (lesiones, malos tratos, sobre todo a niños o ancianos, y agresiones sexuales) que conozca en su actuación profesional. Sin embargo, el contenido del parte de lesiones debe indicar lo estrictamente necesario y relevante para el objetivo judicial.
- b) *Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.* El informe pericial médico ha de ser justo, ponderado, objetivo y dirigido a lo solicitado, ya que en el acto del médico perito, el secreto médico no se contempla con las autoridades administrativas, judiciales o colegiales que hayan solicitado el informe. El médico debe informar a la persona acerca de lo realizado, así como de su condición (perito, testigo, inspector, médico forense, juez instructor), y prevenirle de la obligación que tiene de informar sobre lo solicitado. Todo ello está definido en el artículo 62.6 del CDM: ‘Si la pericia médica precisara un reconocimiento médico del peritado expresamente hecho a tal fin, el perito comunicará su identificación personal y profesional, quién le nombra, la misión que le ha sido encargada, por quién, para qué y que sus manifestaciones pueden ser plasmadas en el informe y hacerse

públicas. Si el paciente se negara a ser examinado, el perito se limitará a ponerlo en conocimiento del mandante’.

- C) *Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito que precise la aportación del historial médico del paciente.* El CDM, en su artículo 62.1, indica que ‘el médico tiene el deber de acudir a la llamada de los jueces y tribunales; auxiliará a las administraciones en los asuntos que, siendo de su competencia, redunden en el bien común’. En este supuesto, el derecho a la intimidad de una persona no debe afectar al bienestar social, que puede depender de la administración de Justicia, por lo que hay la obligación legal de entregar la historia por orden del juez. No obstante, el médico le dará a conocer que éticamente está obligado a guardar el secreto médico y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto. Este aspecto está contemplado en el artículo 62.3 del CDM: ‘el médico que fuese citado como testigo, en virtud de nombramiento judicial, tiene la obligación de comparecer. En el acto testifical se limitará a exponer los hechos que, en virtud de su condición de médico, haya visto u oído y que sean relevantes para la causa. Preservará el secreto médico hasta donde sea posible y sólo revelará lo que sea estrictamente necesario para la resolución del asunto judicial...’.



Bibliografía

- Cresswell K, Howe A, Steven A, Smith P, Ashcroft D, Fairhurst K, et al. Patient safety in healthcare preregistration educational curricula: multiple case study-based investigations of eight medicine, nursing, pharmacy and physiotherapy university courses. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 843-54.
- Edwards LL, Hunt A, Cope-Barnes D, Hensel DJ, Ott MA. Parent-child sexual communication among middle school youth. *J Pediatr* 2018; 199: 260-2.
- Gilbert AL, McCord AL, Ouyang F, Etter DJ, Williams RL, Hall JA. Characteristics associated with confidential consultation for adolescents in primary care. *J Pediatr* 2018; 199: 79-84.
- Gual A, Monés J, coords. El buen quehacer del médico. Escenarios del mal quehacer del médico. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2016.
- Ignatowicz A, Slowther AM, Elder P, Bryce C, Hamilton K, Huxley C, et al. Ethical implications of digital communication for the patient-clinician relationship: analysis of interviews with clinicians and young adults with long term conditions (the LYNC study). *BMC Med Ethics* 2018; 19: 11-8.
- Lalanda M, Altisent R, Delgado-Marroquín MT. Teaching confidentiality through comics at one Spanish medical school. *JAMA J Ethics* 2018; 20: 154-7.
- Martí-Mercadal JA. El secret professional dels metges. Monografies mèdiques. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 2001.
- Mohammadi M, Larijani B, Emami Razavi SH, Fotouhi A, Ghaderi A, Madani SJ, et al. Do patients know that physicians should be confidential? study on patients' awareness of privacy and confidentiality. *J Med Ethics Hist Med* 2018; 11: 1.
- Monés J, coord. Manual de ética y deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2012.
- Organización Médica Colegial de España. Código de deontología médica. Guía de ética médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2011.
- Ramjist JK, Coburn N, Robert Urbach D, Govindarajan A, Armstrong KA, Scott AL, et al. Disposal of paper records containing personal information in hospitals. *JAMA* 2018; 319: 1162-3.
- Robles B, Monés J, Morato ML, Sala J, Marquet R, Teres J, et al. Principis de confidencialitat en la pràctica clínica. Barcelona: Col·legi de Metges de Barcelona; 2014.
- Talal AH, McLeod A, Andrews P, Nieves-McGrath H, Chen Y, Reynolds A, et al. Patient reaction to telemedicine for clinical management of hepatitis C virus integrated into an opioid treatment program. *Telemed J E Health* 2018; Oct 16. [Epub ahead of print].

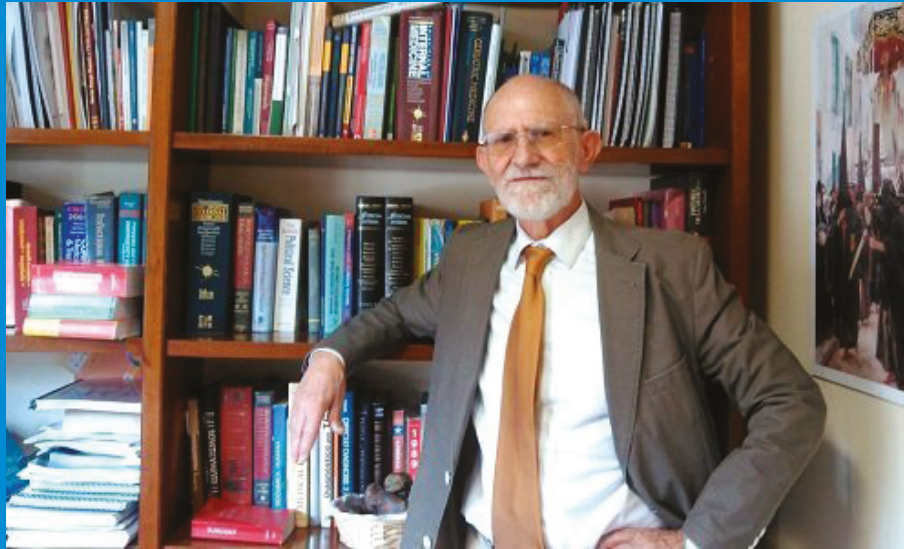




— 10 —

Medicina y trabajo en equipo

GUILLERMO VÁZQUEZ MATA



Guillermo Vázquez Mata

Especialista en cooperación internacional

Catedrático de medicina interna, Universidad de Granada y Universidad Autónoma de Barcelona

Es doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona y especialista en Medicina Intensiva. Ha trabajado como jefe clínico, jefe de servicio y jefe de departamento de diversos hospitales de España, y ha desarrollado su actividad asistencial en servicios de cuidados intensivos, urgencias y medicina interna. Ha sido catedrático de Medicina Interna en la Universidad de Granada y en la Universidad Autónoma de Barcelona. Actualmente trabaja en cooperación internacional al desarrollo con diversas instituciones internacionales.

Publicaciones

Vázquez G, Benito S, Cáceres E, Net A, Rusalleda J, Rutllant M, et al. Una nueva concepción de urgencias: el Complejo de Urgencias, Emergencias y Críticos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 45-56.

Vázquez G, Benito S, Ruiz D, Domingo P, Domingo G, Soler D, et al. La propuesta de rediseño del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Rev Calidad Asistencial 2004; 19: 20-6.

Gual Sala A, Monés Xiol J, Vazquez Mata G. El buen quehacer médico. Cádiz: Consejo General de Colegios Médicos de España; 2018.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-propuesta-rediseño-delservicio->

S1134282X04776642-aff0005.

Medicina y trabajo en equipo

El objetivo central de la actividad médica es ofertar la mejor atención posible a cada paciente. Para alcanzar este objetivo se requiere de los médicos una actitud responsable, dominar en profundidad las competencias que le correspondan, actualizar permanentemente sus conocimientos y habilidades, integrarse en los equipos donde trabajan y crear sinergias positivas con sus compañeros de trabajo.

La carencia en el entrenamiento médico del 'trabajo en equipo' se debe en parte a la creencia errónea de que el trabajo en equipo es un aspecto intuitivo de la práctica médica

En el entrenamiento médico se hace hincapié en las competencias relacionadas con la práctica clínica, relegando a un segundo plano otras vertientes de la actividad profesional, como las actitudes y conductas que cualquier médico debe poseer o el trabajo en equipo. Este último dominio citado, el trabajo en equipo, se realiza en contextos que suelen ser de gran complejidad, y moverse en ellos requiere el aprendizaje y entrenamiento de sus diversas facetas.

Esta carencia en el entrenamiento médico se debe en parte a la creencia errónea de que el trabajo en equipo es un aspecto intuitivo de la práctica médica. En cuanto a las actitudes y conducta, que todos los médicos deben poseer, han empezado a emerger como un cuerpo de doctrina bien conformado gracias al manual de *El buen quehacer del médico* (BQM), editado por la Organización Médica Colegial de España. Combinar las tres dimensiones citadas, clínica, trabajo en equipo y actitudes y conductas apropiadas, debería constituirse en el eje central de la actividad médica a 'pie de cama' en este inicio del siglo XXI.

El trabajo en equipo es complejo y requiere un aprendizaje de sus diversas facetas que no siempre se lleva a la práctica

El trabajo en equipo, tal como ya se ha señalado, es complejo y requiere un aprendizaje de sus diversas facetas que no siempre se lleva a la práctica. En este capítulo se intenta dar una visión ordenada de las diversas dimensiones del trabajo en equipo y su íntima relación con



los diversos ámbitos que se enumeran en el BQM, pero especialmente con los siguientes ámbitos: comunicación y colaboración, relaciones intra- e interprofesionales, y el trabajo en equipo, seguridad y calidad, relación práctica profesional/ aprendizaje como fuente de mejora permanente, y organizaciones sanitarias y sistemas de salud.

Cuando los equipos médicos pierden esta triple perspectiva, clínica, de equipo y de actitudes y conductas apropiadas, se detecta fácilmente por la pérdida de cohesión del grupo, y el principal perdedor es el paciente y la atención médica que requiere.

Dinámica de los grupos pequeños

Los equipos médicos básicos suelen ser grupos pequeños (con un máximo de alrededor de 15 personas), inmersos a su vez en equipos mayores cuya suma configuran servicios, centros de salud u hospitales. Estos equipos básicos tienen múltiples conexiones tanto externas (otros servicios u hospitales) como internas con otros profesionales (por ejemplo, enfermería, farmacia, ingenieros de telecomunicaciones). Entender la dinámica de estos grupos es una pieza esencial para favorecer su funcionamiento, y esto requiere a su vez entender sus características, su manera de trabajar y cómo toman sus decisiones.

Se entiende por grupo pequeño los grupos en los que la relación personal permite la conexión cara a cara de todos sus miembros. Todos los miembros trabajan para alcanzar un

mismo objetivo, se relacionan con sus propias normas, y desarrollan una cultura y unos valores. Las relaciones en los equipos médicos son profesionales, su cultura viene dada por su especialidad y sus valores son comunes y basados en el código ético de la profesión. Estas tres características vienen moduladas, cuando hablamos del Servicio Nacional de Salud, por un personal seleccionado o bien mediante concurso oposición en que las decisiones se toman sobre un currículo cerrado, o bien por una situación de interinidad, aspectos que influyen profundamente en las características de los grupos médicos básicos.

Este grupo básico tiene dos tipos de actividades, una dirigida hacia la consecución de los objetivos que se les han fijado y otra para el mantenimiento de la estabilidad del grupo. El predominio de una u otra actividad depende en parte de que sus objetivos sean atractivos para el grupo, es decir, que sean pertinentes, fácilmente comprensibles y aceptados.

Los equipos médicos realizan un conjunto de actividades que van de la actividad clínica a la investigación, pasando por la relación con la familia, el entrenamiento permanente, las publicaciones, la participación en comisiones, congreso y actividades formativas. Cuando predomina la progresión hacia los objetivos, todas estas actividades son fáciles de detectar en los miembros del equipo; sin embargo, cuando predomina el mantenimiento de la estabilidad, se van reduciendo actividades y pueden quedar reducidas sólo a la actividad asistencial básica.



Cohesión (ámbito 5 del BQM: relaciones intra e interprofesionales y el trabajo en equipo)

La cohesión de un grupo pequeño viene dada por el nivel de identificación de sus miembros con los objetivos que se quieren alcanzar y la manera de alcanzarlos. Los grupos cohesionados progresan hacia la consecución de los objetivos previstos y viceversa, cuando dichos objetivos no se comparten y la cohesión se debilita, las actividades de mantenimiento predominarán sobre las actividades de producción.

Otra característica de la cohesión de los grupos pequeños es la afinidad entre sus miembros. La empatía personal o la coincidencia en los objetivos perseguidos generan dicha afinidad. Sin embargo, éstas varían con el tiempo y, por tanto, la cohesión puede fluctuar ampliamente con el paso del tiempo.

Un último factor de la cohesión es la movilidad de los componentes del grupo para ocupar otras plazas en otros hospitales o bien para su promoción en su propio centro de trabajo. En el Servicio Nacional de Salud, por sus características, ambas situaciones son difíciles o incluso imposibles de realizar. Este aspecto suele influir negativamente con el paso del tiempo y hace que los miembros del equipo pasen de la productividad al mantenimiento de la estabilidad.

La cohesión de los equipos permite avanzar hacia los objetivos prefijados fácilmente.

Comunicación en los grupos pequeños (ámbito 4 del BQM: comunicación y colaboración)

La comunicación interna es otro pilar en el funcionamiento de los equipos médicos pequeños

La comunicación interna es otro pilar en el funcionamiento de los equipos médicos pequeños. Tiene dos polos. Uno es el emisor, que consta de dos vertientes: la primera es el contenido, cuya primera característica debe ser la objetividad, y la segunda, sus fuentes (por ejemplo, paciente y su historia clínica, reclamaciones, posibles errores, bases de datos del hospital y evidencias científicas); la otra vertiente es el fenómeno de comunicación y la persona que lo realiza. Dicha persona debe saber expresarse con claridad, exponer los contenidos sin sesgos personales, reformular las propuestas que se hagan y aceptar las preguntas y discrepancias que se pueden dar. Se debe evitar transmitir opiniones en vez de contenidos, hablar sólo para los afines y sesgar la información según los intereses personales. También se debe recordar que la comunicación no verbal (por ejemplo, expresión facial) puede influir y sesgar positiva o negativamente la información.

El otro polo es el receptor de la información. Éste debe desprenderse de su marco de ideas en relación con el tema que se va exponer, realizar una escucha activa, pedir aclaraciones



cuando lo crea conveniente, saber hacer propuestas y evitar el lenguaje corporal negativo (por ejemplo, leer mientras otro expone).

Además de las barreras que pueden darse por no manejar bien los aspectos que hemos comentado, existen otros dos aspectos importantes. Uno es la competitividad entre los miembros del grupo y las expectativas de rol que uno tiene o quiere asumir. Ambos factores pueden ayudar o dificultar la comunicación. Prescindir del marco personal y asumir un rol proactivo positivo debe ser la actitud correcta.

Una buena comunicación ayuda a cohesionar los grupos de trabajo y viceversa.

Estilo de mando y gestión del grupo (ámbito 8 del BQM: organizaciones sanitarias y sistemas de salud)

El último aspecto que hay que tener en cuenta en la dinámica de los grupos pequeños es el estilo de mando que existe en el grupo y que ejercen sus responsables (jefe clínico o jefe de servicio). Este estilo se puede dividir en:

- *Autoritario*. Todo pasa por el jefe de equipo, que prescinde en la toma de decisiones de la opinión y participación de los miembros del equipo. Este estilo resquebraja la cohesión por el rechazo que produce en los profesionales del equipo. Las respuestas que puede generar van desde un bloqueo por agresividad o por apatía, lo cual desfigura todos los objetivos a alcanzar.
- *Democrático*. El jefe descentraliza las decisiones, promueve la participación de todos los miembros del equipo en la toma de decisiones y fijación de objetivos. La convivencia no requiere energía para la estabilidad y se puede centrar en la productividad.

El estilo de mando condiciona los resultados de los equipos.

Instrumentos para trabajar en los distintos tipos de reuniones de los equipos médicos

En cualquier reunión, sea del tipo que sea, se pueden identificar un conjunto secuencial de etapas que se pueden resumir en:

- Definir un problema (justificación de la reunión o sesión).
- Identificar sus dimensiones.
- Analizar las posibles soluciones.
- Priorizarlas.
- Fijar los objetivos que se quieren alcanzar.

En muchas ocasiones, estas etapas en la actividad clínica se hacen de manera rápida, mientras que, en otras ocasiones, se realizan con meticulosidad, como en las reuniones administrativas.

En las reuniones es conveniente que además de los médicos participen enfermería y cualquier otro personal que pueda contribuir a una mejor resolución del tema que se analiza.



Reuniones de los equipos médicos básicos (ámbito 3 del BQM, competencia profesional, y ámbito 7 del BQM, relación práctica profesional/aprendizaje como fuente de mejora permanente)

Una parte importante de los equipos médicos son las reuniones en las que debe participar. Esta actividad se puede resumir en bloques.

Sesiones asistenciales

- Cambios de guardia.
- Sesiones clínicas diarias.
- Actividad conjunta con otros equipos.

Sesiones administrativas

- Seguimiento de los objetivos del equipo y del servicio al que pertenecen.
- Análisis de posibles errores y reclamaciones que afectan al equipo.
- Análisis de necesidades a medio y largo plazo y su plan estratégico.
- Cambios asistenciales que se quieren introducir.
- Nuevas tecnologías.
- Formación y entrenamiento.
- Estancias en congresos y centros asistenciales.

Sesiones científicas y de los proyectos propios de investigación (ámbito 2 del BQM: relación médico-paciente)

Su descripción supera el ámbito de este trabajo, pero debe recordarse que deben estar abiertas

a todo el equipo y que la participación en los programas de investigación, además de voluntaria, conlleva una serie de obligaciones extras que deben quedar expuestas con transparencia.

La investigación en la historia digital del servicio y del hospital mediante metabuscadores debe formar parte de las dimensiones de la investigación de cualquier equipo médico.

Sesiones clínicas (ámbito 4 del BQM, comunicación y colaboración, y ámbito 7 del BQM, relación práctica profesional/aprendizaje como fuente de mejora permanente)

Existen varios instrumentos útiles para mejorar su rendimiento. Entre éstos figuran las bases de datos bibliográficas virtuales accesibles para todo tipo de reuniones. Entre estos datos destacan los que presentan de manera estructurada y elaborada la información disponible en ese momento (por ejemplo, *UpToDate*) sobre un tema concreto. Los médicos deben saber realizar las preguntas para obtener la respuesta adecuada. Esto no es intuitivo, sino que requiere entrenamiento.

En segundo lugar, deben saber manejar los árboles de decisiones para analizar de manera secuencial todas las posibles acciones y sus posibles resultados. El árbol de decisiones es útil en decisiones médicas complejas. Finalmente, deben conocer las normas para interpretar resultados de pruebas de todo tipo y los algoritmos matemáticos de predicción.

En tercer lugar, la historia digital permite analizar los resultados de casos semejantes atendidos con anterioridad y, por tanto, tomar las acciones más adecuadas para la situación del paciente.



Esta búsqueda requiere la existencia de metabuscadores y mantener la privacidad de los pacientes.

El responsable de la reunión debe realizar las preguntas que permitan clarificar las acciones que se deben tomar y al final hacer un resumen ejecutivo de los objetivos clínicos que se quieren alcanzar y las medidas que hay que implementar.

En estas sesiones, la presentación de los pacientes por los médicos en formación es otro factor que hay que implementar si previamente no existe.

Sesiones administrativas (ámbito 4 del BQM: comunicación y colaboración)

En estas sesiones existen diversos métodos de trabajo que se pueden aplicar durante la reunión para asegurar obtener los mejores resultados con el consenso de todos.

- *Análisis DAFO*. Permite analizar la estrategia que se debe implementar en un proyecto mediante el análisis del entorno y del propio equipo de trabajo. En este análisis, en el que participan todos los miembros del equipo, se analizan las oportunidades y amenazas del entorno, junto con los puntos fuertes débiles del equipo de trabajo.
- *Grupo de consenso*. Permite analizar las causas y las soluciones a problemas o situaciones concretas. Esta técnica tiene como característica principal la participación de todos los presentes y evitar que la opinión de los miembros más influyentes del grupo bloquee las opiniones del resto del grupo. Inicialmente el moderador presenta y explica

el objetivo de la reunión, recoge preguntas y las reelabora y las clarifica. Acto seguido, los miembros del equipo presente (no se aconseja que en esta técnica se superen los 15 miembros) disponen de varios minutos en silencio para pensar sus propuestas, y cuando el moderador da por acabado el tiempo de meditación les pide que escriban en un papel en blanco sus ideas o propuestas sobre el tema. Estas propuestas se recogen y se transcriben de manera anónima a un papelograma o una pizarra electrónica (para conservar todo el material). Entonces empieza el turno de discusión en el que cada persona expresa su opinión sobre las ideas recogidas. Finalizado el análisis-discusión, se pasa a una votación también secreta para seleccionar las ideas-propuestas más votadas. Éstas vuelven a discutirse y se repite el ciclo hasta llegar a un consenso final sobre una propuesta concreta.

Esta técnica requiere un moderador que la conozca bien y que lleve las intervenciones adecuadamente. Como norma, el público que nunca haya participado en este tipo de reuniones rápidamente lo entiende y participa. Las conclusiones, al obtenerse por consenso, suelen contar con el apoyo de todos los participantes.

- *Diagrama de Ishikawa*. Esta técnica de trabajo es muy útil para analizar las causas de errores médicos y reclamaciones. En ella se analizan el personal, el entorno, los métodos de trabajo, la gestión del equipo, las tecnologías disponibles y el material general disponible. Esto permite detectar qué ha fallado o puede fallar cuando se detecta un déficit en una de estas ramas del análisis.



Existen otras técnicas más especializadas, pero las técnicas descritas son útiles para la mayor parte de los temas que se desarrollan en las sesiones administrativas.

Progresar hacia los objetivos requiere conocer y emplear las técnicas de trabajo en equipo.

Sesiones de investigación y proyectos de investigación (ámbito 3 del BQM: competencia profesional)

Tal como indiqué anteriormente, este tema sobrepasa el objetivo de este capítulo. Sólo quiero recordar que la investigación relacionada con la familia o las relaciones intraequipo requieren una modalidad de investigación específica, la investigación cualitativa. El equipo médico no suele emplear (ni conocer) este tipo de investigación; sin embargo, enfermería lo conoce y lo utiliza. La investigación cualitativa es imprescindible para profundizar en los equipos humanos, las relaciones entre sus miembros y las relaciones con las familias, y las consecuencias indirectas que recaen sobre ellas con los enfermos graves. Esta parte de la investigación suele ser la gran olvidada. Cuando se habla de la humanización de la medicina, las respuestas sólo pueden venir a través de la investigación cualitativa.

La investigación cualitativa debe promocionarse para mejorar el conocimiento del funcionamiento de los grupos humanos reducidos.

Impacto de las nuevas tecnologías de la información y comunicación sobre la dinámica de los grupos pequeños

Hemos mencionado la historia digitalizada, que ha sustituido al papel y está permitiendo crear megabases de datos que mediante un metabuscador deben permitir reescribir muchos temas médicos cuyas raíces se hunden en la medicina del siglo XIX. El equipo médico básico debe ser consciente de que muchas de las respuestas a sus preguntas se encuentran actualmente en dichas bases de datos.

El diálogo con los pacientes se ve mediatizado por la accesibilidad a la información virtual que hará a los pacientes y sus familias cada vez más empoderados. Los equipos médicos deben ser conscientes de esta realidad, que irá en aumento.

El mundo del mercado libre pone cada vez más pruebas diagnósticas de libre acceso (por ejemplo, perfil genético personal), y los equipos médicos deben estar preparados para atender a las demandas de los pacientes o personas sanas interesadas en que se interpreten los resultados de las pruebas que han pedido ellos mismos.

La videoconferencia extenderá de manera progresiva el concepto de equipo médico presencial al de equipo médico virtual. Esta situación cumplirá con la premisa básica de una comunicación directa cara a cara entre todos los



miembros del equipo, que pueden estar situados en el mismo edificio o a miles de kilómetros.

La videoconferencia también extenderá la relación con los pacientes cada vez con más conocimientos sobre salud y enfermedad. Esta nueva modalidad se combinará con sistemas de monitorización a distancia que ya están en el mercado en sus formas más simples.

Los equipos médicos deberán de amoldarse a esta nueva modalidad de relación virtual, que a su vez requerirá nuevas normas y aseguramientos.

Finalmente, el gran reto es el manejo correcto de las redes sociales, en las que el médico, dada su condición profesional, deberá vigilar sus comentarios y fotografías para mantener la ética y la privacidad de los pacientes.

Notas finales

El manual del BQM de la Organización Médica Colegial ofrece un conjunto de normas y ejemplos para resolver las disyuntivas que los médicos como miembros de un equipo pueden confrontar.

El trabajo en equipo requiere un aprendizaje que debe iniciarse en el periodo de grado.

El trabajo en equipo requiere un aprendizaje. Este aprendizaje debe iniciarse en el grado de medicina, donde la enseñanza clásica es individualista y debe de ser sustituida por la enseñanza basada en problemas, en la que

no sólo se enseña la construcción del propio conocimiento, sino que también se prepara para el trabajo en equipo para conseguir objetivos beneficiosos para todos.

Durante la residencia, la participación activa en las actividades del servicio debe transmitir un modelo de copia que al entrenamiento clínico añade las reglas del trabajo en equipo. Esto se puede conseguir y potenciar mediante el entrenamiento con simulaciones más o menos complejas y con el análisis de vídeos de actividades de equipos médicos en todas sus facetas, incluyendo la relación con las familias.

Bibliografía

Bohmer RMJ. The hard work of health care transformation. *N Engl J Med* 2016; 375: 709-11.

Gual A, Monés J, coords. El buen quehacer médico: pautas para una actuación profesional de excelencia. 3 ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2018.

Lee TH. Putting the value framework to work. *N Engl J Med* 2010; 363: 2481-3.

Rosenbaum L. Teamwork Part 1: divided we fall. *N Engl J Med* 2019; 380: 684-8.

Rosenbaum L. Teamwork Part 2: cursed by knowledge –building a culture of psychological safety. *N Engl J Med* 2019; 380: 786-90.

Rosenbaum L. Teamwork Part 3: the not-my-problem problem. *N Engl J Med* 2019; 380: 881-5.

Verghese A, Rosenthal DI. Meaning and the nature of physicians' work. *N Engl J Med* 2016; 375: 1813-81.



— 11 —

Comunicar

ROGER RUIZ MORAL



Roger Ruiz Moral

Profesor de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)

Nacido en Segovia en 1959, es doctor en Medicina y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y profesor de Medicina y Comunicación Clínica en la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid desde 2013. Fue profesor de la Facultad de Medicina de Córdoba (1990-2013). Ha desarrollado actividad clínica en atención primaria y urgencias (general y pediátrica) (1987-2009). De 1993 a 2013 fue responsable del programa de residencia de medicina familiar de los hospitales y centros de salud de Córdoba (labores organizativas, gestoras, docentes e investigadoras). Participó en el diseño del programa docente de la especialidad de Medicina Familiar (áreas de enseñanza y de la comunicación) y ha publicado estudios de carácter educativo médico. Recibió el Premio Andalucía de la Consejería de Salud en 2002 por su estudio pionero sobre la efectividad de un 'Programa Nacional de Formación en Comunicación para los Residentes'. Se ha involucrado en grupos de investigación en atención primaria, comunicación y educación médica, y es miembro de diferentes sociedades españolas e internacionales en estos ámbitos. Los temas de investigación en los que participa son: a) la comunicación entre especialistas/médicos de atención primaria con los pacientes y su influencia en los resultados clínicos; y b) la eficacia de algunos enfoques educativos para la enseñanza de la comunicación clínica a estudiantes y residentes. Ha publicado más de 150 artículos de investigación y opinión en revistas especializadas y varios libros -*El modelo CÍCAA de habilidades de comunicación para la práctica clínica*. (Barna: Semfyc Ediciones; 2004), *Educación médica para médicos clínicos* (Madrid: Panamericana; 2010) y, recientemente, *Comunicación clínica: principios y habilidades para la práctica* (Madrid: Panamericana; 2014)-, y capítulos en libros sobre estos temas. Participa en el consejo editorial de varias revistas nacionales e internacionales. Es revisor de publicaciones científicas periódicas nacionales e internacionales y editor jefe de *Doctutor*, un boletín web de educación médica (www.doctutor.es) ampliamente extendido en España y América del Sur. Ha recibido los premios Mati Ezquerro (2017) a la excelencia en la formación sanitaria especializada en España, concedido por la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada y el premio a la Labor Docente en Medicina de Familia (2018) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Actualmente es responsable del currículo de comunicación de grado y posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Vitoria, y responsable de la Unidad de Educación Médica de esa Facultad.

Publicaciones

- Ruiz Moral R. The role of physician-patient communication in promoting patient-participatory decision making. *Health Expectations* 2010; 13: 33-44.
- Ruiz Moral R, Peralta Mungia L, Pérula de Torres LA, Carrión MT, Olloqui Mundet J, Martínez Lechuga M. Patient participation in the discussions of options in Spanish Primary Care Consultations. *Health Expect* 2014; 17: 683-95. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2012.00793.x/pdf>.
- Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Pulido Ortega L, Criado Lacumbe M, Roldán Villalobos A, Fernández García JA, et al. Effectiveness of a motivational interviewing in elderly chronic patients for improving therapeutic adherence: a randomized clinical trial in primary care settings *Pat Edu Couns* 2015; 98: 977-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.008>.
- Braš M, Djordjevic V, Ruiz-Moral R, Deveugele M, Ramahlo R, Pype P. The role of the communication. In Mezzich J, Botbol M, Christodoulou G, Cloninger R, Salloum I, eds. *Person Centered Psychiatry*. Heidelberg: Springer Verlag; 2016.
- García de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Paula Dupuy L, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Medical Education* 2016; 16: 99. doi:10.1186/s12909-016-0610-8.
- Ruiz-Moral R. Person centered medicine: an existential outline beyond the biopsychosocial model. *Int J Person Cent Med* 2016; 6: 146-154. doi: <http://dx.doi.org/10.5750/ijpcm.v6i3.594>.
- Ruiz-Moral R. What is person centered medicine: conceptual review with focus on George Engel's perspectives. *Int J Person Cent Med* 2016; 6: 83-90. doi: <http://dx.doi.org/10.5750/ijpcm.v6i2.575> ISSN: 2043 7749.
- Appleyard J, Botbol M, Caballero F, Ghebrehwet T, Mezzich JE, Perez-Miranda J, et al. Bases of Person Centered Medical Education to Enhance Health Systems Worldwide. *International Journal of Person Centered Medicine* 2017; 7: 82-90.
- Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Monge D, García de Leonardo C, Caballero Martínez F. Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Pat Educ Couns* 2017; 100: 1694-700.
- Ruiz Moral R, García de Leonardo C, Caballero Martínez F, Monge D. Medical students perceptions towards learning communication skills: a qualitative study after 2 year training programme. *Int J Med Educ* 2019; 10: 90-7.

Comunicar

Junto con el conocimiento médico y las habilidades clínicas, la capacidad de comunicarse representa un componente esencial de la competencia médica. Este capítulo trata sobre el valor especial que para un médico tiene su capacidad y la forma de comunicarse, que está entrelazada con los valores fundamentales de la práctica clínica, superando su condición de mera 'capacidad', para revelar las actitudes y los hábitos del propio médico. Se describen las principales características de la comunicación centrada en el paciente como un método no sólo para lograr la precisión diagnóstica y terapéutica, sino también para reflejar los valores fundamentales de la práctica clínica actual, destacando la íntima conexión entre la comunicación y la ética.

Definición, delimitación y contexto de la 'comunicación'

Hablaremos aquí de 'comunicar' en el contexto de la 'relación clínica', entendida ésta como la 'comunicación' que el médico establece con sus pacientes o familiares, pero también con sus colegas. El término 'comunicación clínica' será así utilizado indistintamente con los anteriores.

Los rituales en la comunicación del médico han pasado desde un paternalismo respetuoso a una colaboración para la toma de decisiones, que se ha extendido bajo la denominación de 'relación centrada en la persona-paciente'

La práctica clínica tiene que ver en gran medida con la forma en la que los médicos se comunican (se comportan) con sus pacientes, y en el desarrollo de esa comunicación (comportamientos) las habilidades de comunicación del médico son fundamentales. Los rituales y las reglas de esta relación se han ido refinando en los últimos 100 años, y han pasado desde un paternalismo respetuoso a una colaboración para la toma de decisiones, que se ha extendido bajo la denominación de 'relación centrada en la persona-paciente'.

Conviene, no obstante, diferenciar bien a qué nos referimos cuando hablamos de 'atención centrada en la persona-paciente' y de 'comunicación o relación centrada en la persona-paciente'. El primer término hace referencia a un tipo de filosofía moral que prioriza valores como la consideración de la perspectiva de los



pacientes o la participación de éstos en la toma de decisiones. El segundo se refiere a la forma de comunicar del médico, al conjunto de acciones que éste pone en juego para tratar de 'centrarse en la persona-paciente'.

El valor de comunicar: la perspectiva comunicativa

¿Qué significa comunicar hoy en medicina clínica? Consecuencias de comunicar en clínica

La comunicación clínica no es una mera abstracción, sino algo real, algo que sucede en el tiempo y en el espacio

La comunicación clínica no es una mera abstracción, sino algo real, algo que sucede en el tiempo y en el espacio. Tiene un aspecto tangible, empíricamente constatable, constituido por elementos como los gestos o las formas de conversar, y un aspecto intangible, que sucede en el mundo interno de las personas en relación (el médico y el paciente). Todo ello se desarrolla de una forma dinámica y se suceden multitud de fenómenos a veces en un lapso de tiempo muy breve.

Por otra parte, cuando el médico realiza una comunicación centrada en el paciente, desarrolla unas habilidades comunicacionales concretas (aspecto tangible) a la vez que pone en juego valores propios de la cultura médica occidental actual (aspecto intangible).

Esta comunicación centrada en el paciente, realizada desplegando habilidades como la escucha activa, la captación y el seguimiento de pistas, evitar interrupciones, hacer más preguntas abiertas y ajustar el enfoque biomédico de la entrevista, enfatizando lo personal, contribuye a mejorar la práctica clínica. Esta mejora se refiere a la efectividad diagnóstica y terapéutica, especialmente en pacientes crónicos y con cáncer, aumenta el conocimiento y la capacitación del paciente para afrontar sus problemas de salud, incrementa las tasas de adhesión terapéutica y hace que los pacientes se sientan clínicamente mejor y más satisfechos tras las consultas. Repercute también positivamente en la sostenibilidad y rentabilidad del sistema sanitario, con una reducción en el número de pruebas diagnósticas, de las reconsultas por el mismo proceso y de las derivaciones, así como el tiempo dedicado por el profesional al paciente cuando se considera la unidad de medida no una consulta aislada, sino el proceso médico en su conjunto. También la comunicación centrada en el paciente disminuye el número y el tipo de quejas y demandas a los médicos, y en éstos produce mayor bienestar y menos sensación de desgaste profesional.

Para comprender bien lo que significa el acto de comunicar es útil distinguir sus dos facetas: una es su dimensión de contenido, que está relacionada con todo lo tangible, y otra la dimensión de relación, relacionada con lo intangible. La dimensión de contenido tiene que ver con la transmisión de la información entre los participantes, como el lenguaje y la información que transmiten los mensajes. La dimensión de relación hace referencia al modo de estar en relación, y alude al elemento intangible, que tiene que ver con la creación de confianza, muy ligada



a la experiencia de percibir apoyo emocional, o la impresión de consenso o conflicto que los participantes perciben.

Estas dos dimensiones, la de contenido y la de relación, se reflejan también en las dos tendencias en las que se conceptualiza actualmente la comunicación clínica: una hace hincapié en lo observable, es decir, el desarrollo de determinadas conductas o comportamientos por parte del médico y del paciente; la otra se refiere más a experiencias intangibles, como la reflexión del médico y del paciente, o su autoconciencia sobre sus procesos mentales y físicos relacionados con la interacción comunicativa.

El enfoque 'conductual' (componente comunicacional) supone hacer énfasis en las habilidades comunicativas. La posibilidad de observar directamente estas 'habilidades' facilita la 'objetivación' de la comunicación y su entrenamiento. Las habilidades pueden adquirirse, medirse, actualizarse, reponerse y transmitirse. Sin embargo, este concepto de habilidad sólo no permite entender los múltiples niveles de la experiencia que para un médico y un paciente supone el 'estar en relación' (componente relacional), que es el aspecto crucial del fenómeno comunicativo en la clínica. Y a la inversa, sin habilidades comunicativas adecuadas puede ser imposible lograr un modo de estar en relación satisfactorio.

Si en el enfoque conductual el objeto de trabajo es lo observable empíricamente, en el enfoque de 'relación' es el mundo interno de los participantes: las sensaciones, pensamientos o deseos, la percepción de la situación, los valores personales y la visión de las posibilidades que se plantean

durante la entrevista. Por ejemplo, la impresión de estar a gusto, de sentirse en conexión, de sentirse en confianza, de estar de acuerdo o en desacuerdo, etc.

La manera de comprobar o desvelar ese mundo interno es compleja. En lo que al médico se refiere, éste lo puede percibir de forma directa e inmediata mediante un ejercicio de atención plena a lo que sucede dentro de él/ella mismo/a, desarrollando su nivel de autoconciencia cognitiva y emocional. Sin embargo, el mundo interno del otro no se puede percibir de forma directa e inmediata, sino a través de sus mensajes verbales, paraverbales y no verbales, a veces sumamente sutiles, lo que requiere además de un ejercicio de 'atención plena' desarrollar el 'diálogo'. Es el diálogo el que proporciona un conocimiento racional riguroso de lo que sucede en el mundo interno del paciente, el denominado 'conocimiento por compenetración'.

Los médicos 'conscientes' suelen ser fácilmente identificados por pacientes y colegas, porque se muestran atentos, interesados, dialogantes, sin prejuicios, auténticos, naturales y sin dar la impresión de estar pensando en la estrategia comunicativa más adecuada. En la interacción esto se revela como un modo de estar en relación en la que se capta el respeto a la persona que hay delante, una atención e interés por sus experiencias y por sus ideas y temores. Algunos autores han afirmado que, por ejemplo, en el caso de la práctica de la medicina de familia, esta tiene que ver principalmente con ese factor de 'relación con el paciente' y sólo en segundo lugar con el contenido de la atención médica, el motivo de consulta o el tipo de servicios sanitarios que se ofrecen.



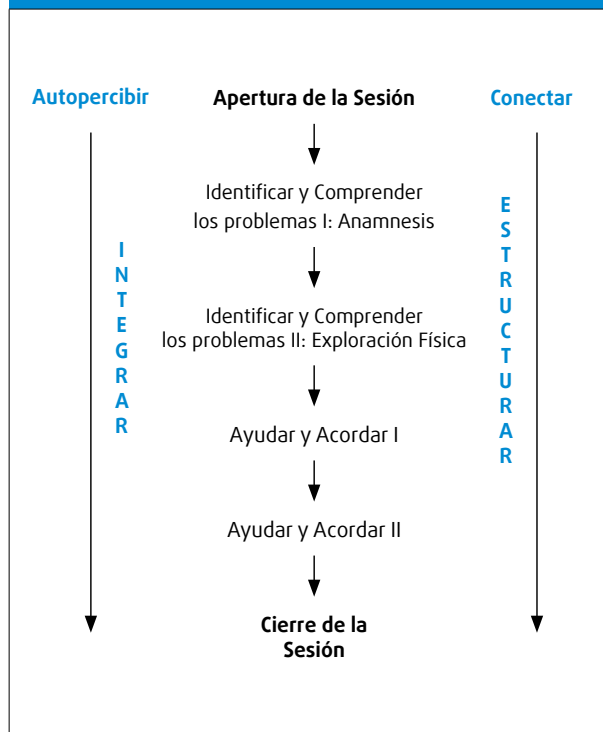
Integrando lo tangible e intangible de la comunicación en la práctica: el método clínico centrado en la persona

Sin embargo, la importancia que el comunicar adquiere en este contexto nuevo (centrado en el paciente) conlleva a su vez el reto de incorporar ese ‘comunicar’ (ahora bastante más complejo) en el propio método clínico, esto es, como parte de la principal herramienta diagnóstico-terapéutica del médico. El método clínico se basa en la observación de las manifestaciones clínicas y de los hallazgos obtenidos mediante la exploración y las pruebas complementarias, y para ello tiene en la historia clínica su principal elemento. La historia clínica se estructura en apartados concretos que, tradicionalmente, el médico ha obtenido a través de un proceso comunicativo de características casi interrogativas. El nuevo enfoque del método clínico (ahora ya ‘centrado en el paciente’) enfatiza el carácter bidireccional de este proceso comunicativo que supone incorporar los aspectos subjetivos de la dolencia (perspectiva del paciente) y plantea el encuentro desde la perspectiva de la colaboración para una toma de decisiones conjunta. Así, esas habilidades o competencias comunicativas que antes comentábamos se deben desarrollar organizadas dentro de una nueva y más amplia estructura que tiene en el encuentro clínico su marco de desarrollo y que exige, por una parte, y secuencialmente, desarrollar las tareas de ‘identificar y comprender los problemas de salud’ (correlacionada con la anamnesis clásica, la exploración de la perspectiva del paciente y la exploración física), ‘acordar’ y ‘ayudar’ (explicar y planificar).

Pero, por otra parte, también (y esta vez continuadamente a lo largo de toda la entrevista), la de ‘construir la relación’ con el paciente,

mediante la conexión para captar y responder a los mensajes del paciente de forma que se establezca un vínculo, fluidez comunicativa y un grado de compenetración adecuado, la de autopercebir para detectar fenómenos internos y la integración de todos estos procesos, y la de estructurar que permite alcanzar los objetivos principales de la comunicación clínica (Cuadro 1).

Cuadro 1. Tareas comunicativas de la entrevista médica, integrando el contenido y la forma. (lo tangible y lo intangible).



Se pretende que con este planteamiento se aborden tanto la dimensión de contenido (el lenguaje y la información que transmiten los mensajes) como la dimensión de la relación, relativa al modo ‘estar en relación’ para conseguir un acto clínico eficaz. Las habilidades autoperceptivas permiten al médico identificar barreras emocionales, posibles sesgos en los



procesos de razonamiento clínico o actitudes personales que facilitarán o entorpecerán la comunicación (intangibles). Por otro lado, se incluyen aspectos relacionados con el contenido y el proceso comunicativo (tangibles). Los aspectos de contenido se obtienen a través de la anamnesis tradicional, más una historia clínica orientada a detectar la perspectiva del paciente.

Las habilidades de proceso tienen que ver con las formas verbales, no verbales y paraverbales en la que se intercambian los contenidos (tangibles). Entre ellas, la captación y la respuesta a pistas, la verificación, la comprobación y la integración de la información vertida por el paciente, y la reversión de lo comprendido respecto a su situación, compartiéndolo de forma clara y adaptada, invitándole a participar y buscando acuerdos. A la vez, estas habilidades de comunicación reflejan fenómenos que se producen en el mundo interno del clínico, como actitudes de respeto, autenticidad, empatía o escucha activa (intangibles), y que buscan generar un modo de estar en relación funcionalmente eficaz en el que el paciente se sienta acogido, comprendido y tratado competentemente y, por tanto, seguro y en confianza (intangibles).

El valor de 'comunicar': la perspectiva ética

Relación de la comunicación con los otros valores médicos

Como cualquier desarrollo técnico, las habilidades pretenden alcanzar eficacia (en este caso, clínica); sin embargo, incluso siendo útiles, éstas pueden

ser éticamente ambiguas, es decir, se pueden emplear para bien o para mal. Por ejemplo, el conocimiento empático con el paciente puede emplearse para evitar que éste se sienta aislado en su enfermedad, pero también proporciona un poder de manipulación; las habilidades necesarias para llegar a un diagnóstico preciso pueden llevar a un uso exagerado de pruebas complementarias olvidando el bien del paciente; el proceso comunicacional en su conjunto puede ser exageradamente paternalista o, por el contrario, provocar un cierto abandono del paciente, dejándole a merced de decisiones sumamente difíciles (abandono del paciente en sus derechos).

Como cualquier desarrollo técnico, las habilidades pretenden alcanzar eficacia (en este caso clínica); sin embargo, incluso siendo útiles, éstas pueden ser éticamente ambiguas, es decir, se pueden emplear para bien o para mal

Esto significa que las habilidades de comunicación que aplique un médico deben justificarse éticamente. Es así como el comunicar del médico se revela íntimamente conectado con la ética. Una forma de comprobar esta conexión es ver cuál es la justificación ética de las habilidades de comunicación. En la medida en que las habilidades estén apoyadas en valores, tendrán categoría de deberes, los cuales serán moralmente justificables en la medida en la que éstos sean cauce efectivo para plasmar esos valores. De ahí que haya que partir de valores profesionales sólidos, que representen, si no su totalidad, al menos una parte muy relevante de lo que es importante en la práctica médica. Son los valores que se abordan en los diferentes apartados de este libro,



de los que destacamos la solidaridad humana, el saber médico y la confianza. Estos valores son una forma de especificar los cuatro valores básicos de la bioética, formulados en forma de principios: beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía de las personas y justicia.

La íntima conexión entre la comunicación y la ética médica quedará patente en la medida en la que estos valores se alcancen mediante el desarrollo de las tareas comunicativas descritas en el nuevo método clínico, que representan los cursos de acción comunicativos de la entrevista clínica. Así, concluimos nuestro alegato a favor del valor de comunicar para un médico, precisamente ejemplificando esta conexión entre 'comunicar' y 'actuar éticamente', a través de estas principales tareas comunicativas:

- Conectar captando y respondiendo a los mensajes del paciente es un curso de acción que debe servir para generar confianza y para plasmar y desarrollar la solidaridad humana. Sobre la confianza, indispensable para que una relación sea constructiva, me extenderé más abajo. Aquí, la solidaridad alude a una unión entre individuos con un fin legítimo. La solidaridad consiste en tomarse en serio la situación de otros y actuar en su apoyo. La práctica médica es, por su propia índole y en su mejor versión, un ejercicio activo de solidaridad. Sin embargo, hay distancias que no se acortan sólo a base de ideas, sino con emociones, como la compasión, que no es más que sentir una cierta conmoción ante la vulnerabilidad del otro, y que se nos revela como algo concerniente a uno mismo. La compasión nos descubre en una posición de proximidad al otro y en disposición de ayuda. Por tanto, sitúa en una posición idónea para conectar de una forma benéfica.
- La autopercepción, que aquí es exigida precisamente por lo que acabamos de decir, ya que la compasión, como forma de solidaridad emocional en la práctica médica, consiste entonces en hacerse cargo del daño actual o potencial del paciente, consintiendo su impacto emocional de un modo médicamente beneficioso para las personas. Una autopercepción adecuada debe evitar tanto la indiferencia como la sensiblería, que pueden desmotivar o bloquear respectivamente la acción sanadora. La solidaridad emocional exige comprender la situación del otro y saber gestionar las propias emociones de un modo médicamente eficaz, haciendo que se sienta acompañado, comprendido y liberado del aislamiento. Permitir que fluya la solidaridad emocional es, por tanto, una forma de conectar benéfica en la relación clínica. Pero la autopercepción es un curso de acción que también debe servir para plasmar y desarrollar el saber médico, pues es una forma de estar actualizado en todo lo que sucede durante el proceso de la entrevista. Es ahí donde pueden detectarse disonancias cognitivas (dudas de conocimiento), emocionales (malestar), volitivas (dudas a la hora de actuar) o, incluso, espirituales (dudas de conciencia), que permiten identificar lagunas competenciales susceptibles de mejora.
- Identificar y comprender es un curso de acción que debe servir para conocer verdaderamente la realidad del paciente y encontrar la mejor actuación posible. La cuestión clave es qué le sucede a esta persona con estos síntomas y, desde ahí, ver luego cómo ayudarle. Para encontrar una respuesta son esenciales todos los procesos comunicativos. El conocimiento racional de la realidad se construye desde la



búsqueda rigurosa de verdades racionales, probadas mediante la experiencia. Por tanto, lo que rige todos esos procesos es una voluntad, un deseo de verdad. A la verdad científica se llega por distintos caminos, dependiendo del objeto de trabajo. Si éste es algo físico, el camino es el de la constatación o probación de hipótesis nosológicas (por ejemplo, una radiografía me demuestra si la tos es por una neumonía). Si el objeto de trabajo son las vivencias, preferencias, deseos o sentimientos del mundo interno del paciente, el camino es la identificación de mensajes significativos, la elaboración de posibilidades interpretativas y su comprobación mediante el diálogo (por ejemplo, el testimonio del paciente me demuestra que su expresión facial responde a un sentimiento de tristeza y no a otra cosa). Estos procesos de verificación, que se producen en la entrevista clínica, podrán utilizarse en bien del paciente si alcanzan la verdad, es decir, una adecuación entre la realidad del paciente y lo que pensamos sobre ella. Y la verdad sitúa al clínico en una posición idónea para la ayuda.

- La deliberación es 'una especie de investigación' en la que 'el que delibera mal yerra y el que delibera rectamente acierta'. En medicina diríamos que una buena deliberación alcanza un juicio clínico de acuerdo con el mejor resultado posible para el paciente, realizándose con un procedimiento correcto y en un tiempo adecuado. El objetivo de la deliberación es conseguir decisiones prudentes, y la prudencia 'tiene por objeto lo que es justo, noble y bueno para el hombre' (*Ética a Nicómaco*, 1143b, 20-25). Es un saber que se nutre de lo universal (lo teórico, lo generalizable) y lo particular (los datos del escenario clínico concreto), 'porque es práctica y la acción tiene que ver con lo

particular' (*Ética a Nicómaco*, 1141b, 15). La deliberación incluye una reflexión compartida sobre los hechos, los valores implicados en la situación y el mejor curso de acción posible para el paciente. Es liberadora para el paciente, pues le libera de la ignorancia sobre su propia enfermedad, le ayuda a encontrar formas de mejorar respecto a su problema de salud y le proporciona autonomía (libertad) en la toma de decisiones.

- Alcanzar acuerdos y ayudar es un curso de acción que debe servir para plasmar y desarrollar el carácter prudencial del saber médico, así como la confianza mutua, ya que la deliberación genera transparencia en la relación y contribuye a fortalecer el vínculo médico-paciente, lo cual hace que la entrevista fluya hacia un determinado modo de estar en relación, que tiene mucho que ver con el tono de ésta, que a su vez determina su calidad y efectividad. Podría decirse que mediante los esfuerzos de conectar y de acordar y ayudar se trata de avanzar hacia un estar en confianza, es decir, un estado cognitivo, emocional y físico de cierta certidumbre o seguridad. La confianza depende al menos de tres factores importantes: competencia, transparencia y vínculo. La competencia tiene que ver con la capacidad del médico para lograr una comprensión de la experiencia y la situación del paciente. La transparencia está muy relacionada con la toma de decisiones compartida con el paciente, en la que las emociones pueden también informar la deliberación iluminando las áreas y aspectos que necesitan ser atendidos con más detenimiento, conforme las preferencias se van construyendo, obteniéndose e integrándose. El vínculo es algo que se construye fundamentalmente desde una actitud



de solidaridad humana, que permite que fluya la compasión, el compromiso con el otro y la voluntad inequívoca de actuar en su favor.

- La integración de todos los procesos y la estructuración que permite alcanzar los objetivos principales de toda entrevista son cursos de acción que deben servir para desarrollar los valores de beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía de las personas y justicia, subyacentes a los anteriormente mencionados (la solidaridad, el saber médico y la confianza).

Bibliografía

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-62.

Elwyn G, Lloyd A, May C, Van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, et al. Collaborative deliberation: a model for patient care. *Patient Educ Couns* 2014; 97: 158-64.

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

Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005; 61: 1516-28.

García de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Med Educ* 2016; 16: 99.

Gracia D. Deliberación moral: el método de la bioética. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.

Gracia D. Valor y precio. Madrid: Triacastela; 2013.

Ruiz-Moral R. Comunicación clínica: principios y habilidades para la práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2014.

Ruiz-Moral R. What is person centered medicine: conceptual review with focus on George Engel's perspectives. *Int J Person Cent Med* 2016; 6: 83-90.

Ruiz-Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003; 32: 594-602.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Oxford, UK: Radcliffe Publishing; 2003.

Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. 11 ed. Barcelona: Herder; 1997.

Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med* 2002; 34: 319-24.



VALORES DE LA PROFESIÓN QUE DEBE ASUMIR EL MÉDICO

Coordinador

MÀRIUS MORLANS MOLINA

Expertos colaboradores de la sección

MÀRIUS MORLANS MOLINA

CHARLES BOELEN

JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN

ARCADI GUAL SALA

ANTONIO OTERO RODRÍGUEZ



— 12 —

El ejercicio colegiado de la responsabilidad profesional

MÀRIUS MORLANS MOLINA



Màrius Morlans Molina

Ex Presidente de la Comisión de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, COMB.
Vicepresidente del Comité de Bioética de Catalunya

Nacido en Llinars del Vallès en 1947, se licenció en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (UB) en 1972. Se formó como MIR en el Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) de Barcelona (1973-1978), y obtuvo los títulos de especialista en Medicina Interna (1979) y Nefrología (1982) en la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Fue médico adjunto del Servicio de Nefrología del citado hospital (1978-2012), donde ejerció como director asistencial (2000-06).

Fue promotor y primer presidente del Comité de Ética Asistencial del HUVH (1999-2012); presidente de la Comisión de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) (2006-14); y miembro del Comité de Bioética de Catalunya desde 2000, del cual en la actualidad es su vicepresidente. Obtuvo el premio a la excelencia profesional del COMB (2014).

Fue profesor del Máster de Ciudadanía y Derechos Humanos de la Facultad de Filosofía (UB) (2008-2014), y profesor asociado de Bioética y Comunicación de la Facultad de Medicina (UAB) (2010-2012). En la actualidad es coordinador y profesor del curso 'Bioética, una ética aplicada?', organizado por el Centro de Estudios Colegiales del COMB y la Fundació Victor Grifols i Lucas, y del curso en línea 'Introducción a la bioética', organizado por la citada fundación junto con el Institut Català d'Oncologia. Es autor y coautor de varias publicaciones en el ámbito de la bioética y la deontología.

Publicaciones

Morlans M. Fer costat al malalt. Barcelona: Columna-COMB; 2008. (1ª reimpression de la edició de 1994).

Montero F, Morlans M. Para deliberar en los comités de ética. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2009.

Morlans M. El consejo moral en el ámbito clínico. En Bilbeny N, coord. Bioética, sujeto y cultura. Barcelona: Ed. Horsori; 2011. p. 79-103.

Morlans M, Clos-Masó D, Gómez-Duran EL, Arimany-Manso J. El rechazo en las transfusiones de sangre y hemoderivados: criterios éticos, deontológicos y médico-legales. Rev Esp Med Legal 2015; 41: 19-26.

Morlans M. Bioètica: les claus del debat interdisciplinari. Treballs de la Societat Catalana de Biologia 2017; 67: 4-9.

Martin-Fumadó C, Morlans M, Torralba F, Arimany-Manso J. La comunicación del error médico. Consecuencias éticas y médico-legales. Med Clin (Barc) 2019; 152: 195-9.

El ejercicio colegiado de la responsabilidad profesional

Introducción

La responsabilidad es una de las virtudes cívicas más apreciada y, a menudo, echada en falta. Y no sólo entre los que ejercen el poder, sino también entre la ciudadanía. Si es una conducta esperada y exigible al común de los ciudadanos, no digamos ya las expectativas ante los que ejercen una profesión y, sobre todo, cuando de la salud se trata. La conceptualización sobre este valor universal será la puerta de entrada para entender su significado en el ámbito de la medicina y, más en concreto, de su ejercicio colegiado como función orientadora y reguladora de la conducta profesional del médico.

La responsabilidad, virtud cívica

La etimología de las palabras ayuda a entender su significado. En este caso responsabilidad tiene su raíz en la palabra latina *respondere*, formada por el prefijo *re*, que indica reiteración, y el verbo *spondere*, aceptar solemnemente, prometer. Es

decir, la responsabilidad implica compromiso, o sea, comprometerse. Y ello quiere decir cumplir con ciertas obligaciones, tener cuidado en las decisiones y, cómo no, responder de las consecuencias.

Responsabilidad implica compromiso, o sea, comprometerse. Y ello quiere decir cumplir con ciertas obligaciones, tener cuidado en las decisiones y, como no, responder de las consecuencias

Dice Victoria Camps que ser responsable es ser capaz de responder de algo ante alguien y querer hacerlo. Es decir, se necesita una capacidad o competencia socialmente reconocida y la voluntad de ejercerla libremente asumida. Competencia, dedicación y libertad son valores intrínsecos indispensables para el ejercicio de la responsabilidad. Pero, además, se responde ante los otros, ante la sociedad. En cuanto se obra de acuerdo con la propia consciencia, es una virtud moral que se ejerce de manera individual, pero, en tanto que hay que rendir cuentas ante los demás, adquiere la consideración de virtud pública.



Si alguna profesión resulta paradigmática y viene a mano para ilustrar lo expuesto, es la de político. Max Weber, en su más citado que leído ensayo *La política como vocación*, se refiere a la ética de la responsabilidad como valor superior de quien quiere vivir para la política y no de la política. Y se esgrime la ética de la responsabilidad como contrapuesta a la ética de la convicción para justificar la actitud de los políticos que, en virtud del pragmatismo, renuncian a sus ideales. Nada más alejado del pensamiento y del discurso de Weber cuando argumenta que ambas éticas son complementarias y que esa complementariedad es necesaria. De ahí la sospecha de que es poco leído o, lo que aún es peor, que su pensamiento es tergiversado. Concibe al político de vocación como una persona con firmes convicciones que actúa de acuerdo con éstas, siempre que las consecuencias sean aceptables. La crítica de Weber quiere ser una advertencia que prevenga de los dogmatismos ideológicos que promueven acciones de consecuencias irreparables.

La conducta responsable, pues, consiste en actuar de acuerdo con unos principios previendo siempre las consecuencias

La conducta responsable, pues, consiste en actuar de acuerdo con unos principios previendo siempre las consecuencias. Y esa actuación responsable exige la prudencia necesaria para que cuando las consecuencias previstas no aporten el beneficio esperado, uno se abstenga de obrar y dé las explicaciones oportunas. En palabras de Weber: 'no puedo hacer otra cosa, aquí me detengo'. Así pues, la convicción en unos principios éticos, la autonomía personal, la competencia y la prudencia son elementos constitutivos de una conducta responsable.

Responsabilidad médica colegiada

Entendida la responsabilidad como compromiso ante alguien, la responsabilidad médica es tridimensional, ya que se ejerce ante tres sujetos: la persona enferma, la sociedad y los colegas. Insisto en lo de tridimensional, porque su ejercicio es conjunto, de manera que en cualquier actividad profesional están presentes y sólo son diferenciables en el análisis teórico. No se puede atender a la persona enferma sin la competencia ni los recursos socialmente habilitados. El ejercicio profesional sólo es posible por el reconocimiento social de la competencia profesional y por los medios que se utilizan, financiados mediante impuestos, cuotas o remuneración. Para que el encuentro entre la persona enferma y el profesional competente sea fructífero, debe cumplir con ese triple compromiso, y es prioritario el que le vincula a dicha persona. La obligación de lealtad para con el paciente está regulada en todos los códigos de deontología médica.

Teniendo en cuenta la relación intrínseca entre ambas, voy a centrarme exclusivamente en el ejercicio de la responsabilidad médica ante, para y con los colegas. No es fortuito el empleo de la palabra 'colega' y no otra cualquiera para referirme a quienes practican una misma profesión. A pesar de su uso actual como sinónimo de amigo o compañero, la palabra original latina se utilizaba en la antigua Roma para identificar a los miembros del *collegium*, los elegidos para ejercer un cargo público político, administrativo o sacerdotal. Y una característica esencial de esas funciones es que se ejercían colectivamente, no a título



individual. Es en este sentido que voy a utilizarla. Hablar de responsabilidad colegiada es referirse al compromiso individual que necesita ser compartido y refrendado por el conjunto de los colegas para que adquiera su pleno valor.

Hablar de responsabilidad colegiada es referirse al compromiso individual que necesita ser compartido y refrendado por el conjunto de los colegas para que adquiera su pleno valor

Los colegios profesionales médicos nacen a mediados del siglo XVI para regular una práctica que se escapa a las competencias legislativas del poder real no sólo por su complejidad técnica, sino por su intencionalidad o motivación principal. La causa de esa delegación está en la esencia de la profesión, que consiste en la voluntad de ejercer con excelencia, entendida ésta no sólo como virtud, sino como habilidad técnica y competencia profesional ¿Y cómo puede regularse la aspiración a la excelencia? Obviamente no puede imponerse por la ley. Las leyes sólo pueden regular los deberes que son exigibles a todos los ciudadanos, pero no pueden obligar a ejercer con excelencia. Y ello por dos razones.

La primera es que ejercer con excelencia es una aspiración, una predisposición que exige preparación y competencia como condiciones necesarias, pero que no son suficientes. La preparación y la motivación del profesional que aspira a ser excelente no son garantías para alcanzar un buen resultado. Eso es así y por eso se juzga la práctica médica por los medios y no por los resultados, por si se es competente y se han utilizado los recursos diagnósticos

y terapéuticos necesarios de acuerdo con las normas que rigen la buena práctica.

La segunda razón estriba en la dificultad para establecer esas normas que regulan los estándares del recto ejercicio y a partir de las cuales se puede juzgar la actuación profesional. En contribuir a consensuar dichas normas y respetarlas reside el compromiso con la profesión. Parte del convencimiento de que esa regulación necesaria de la práctica debe ser colectiva, no puede ser individual.

La sociedad pide garantías sobre los profesionales individuales, pero éstos han de ser evaluados previamente al inicio del ejercicio y a lo largo de él. Y sólo pueden ser evaluados por quienes tienen el conocimiento y aspiran a ejercer con excelencia, los propios colegas, como se afirma en las recomendaciones 92 y 93 de la guía *El buen quehacer del médico* (BQM). Ésa y no otra es la función esencial de los colegios profesionales. Garantizar a la sociedad que se ejerce con competencia no sólo científico-técnica, sino también moral, y que se hace pensando en el bien común.

La sociedad pide garantías sobre los profesionales individuales, pero estos han de ser evaluados previamente al inicio del ejercicio y a lo largo del mismo. Y solo pueden ser evaluados por quienes tienen el conocimiento y aspiran a ejercer con excelencia, los propios colegas. Esa y no otra es la función esencial de los colegios profesionales



La función colegial como autorregulación

La crítica liberal de los colegios profesionales los califica de monopolios concebidos para evitar la competencia externa y poder fijar los precios al margen de las leyes del mercado, protegiendo, así, los intereses de los colegiados. Sus códigos son concebidos como las normas de etiqueta que rigen la conducta social de los profesionales, tanto para con los pacientes, concebidos como clientes, como para con los colegas, considerados como competidores. Regular el comportamiento profesional de acuerdo con los estándares de la etiqueta social y dirimir conflictos entre colegas es su función durante el siglo XIX y buena parte del XX. El paradigma del código de ese período es *Medical ethics*, de Thomas Percival, publicado en 1803 y que inspiró los primeros códigos de la American Medical Association.

Pero al finalizar la Segunda Guerra Mundial, la asistencia sanitaria en los países occidentales constituye uno de los componentes esenciales del estado del bienestar. Se ejerce en grandes instituciones y organizaciones donde la relación clínica pierde su condición de privada para ser regulada por los gobiernos. En este contexto es lícito replantearse la función de los colegios profesionales. Si las leyes regulan la relación clínica, ¿qué sentido tienen los códigos de deontología y sus normas de conducta?

En las sociedades democráticas avanzadas existe una prevención sobre la excesiva judicialización de las relaciones personales, y crece la convicción de que no todo puede y debe ser regulado por

la ley. La judicialización de la vida cotidiana, a menudo, lleva a consecuencias peores que las generadas por el conflicto que da pie al litigio. Además, los ciudadanos exigen mayor participación y control sobre las cuestiones que les afectan. La autorregulación se vislumbra como una posible alternativa al exceso legislativo.

¿Y en qué consiste la autorregulación? Pues en que un colectivo se dote de sus propias normas de funcionamiento, pero no en interés propio, sino de acuerdo con el interés general. Esa segunda condición, según Victoria Camps, es la que diferencia la autorregulación en interés propio, o sea, el corporativismo, de la autorregulación comprometida con el interés social, el bien común.

Así, pues, la responsabilidad para con la profesión se ejerce asumiendo libremente la decisión de compartir colectivamente el compromiso de dotarse de unos principios y unas normas que regulen la propia práctica según los máximos estándares de competencia para prestar la atención adecuada en el ámbito de la salud de acuerdo con el interés general.

Valores asociados a la responsabilidad colegiada

Incorporarse a un colectivo que tiene el afán de regular la práctica profesional cuando aspira a la excelencia sólo puede ser el fruto de una decisión libre. En esta decisión individual se sustenta la fuerza moral del compromiso colectivo. Es un ejercicio individual de autodeterminación por el que se vincula la propia práctica a la del conjunto. Parte del convencimiento de que la regulación de



dicha práctica no puede ser una mera cuestión individual ni de que las leyes sean el instrumento adecuado.

Incorporarse a un colectivo que tiene el afán de regular la práctica profesional cuando aspira a la excelencia sólo puede ser el fruto de una decisión libre. En esta decisión individual se sustenta la fuerza moral del compromiso colectivo

Incorporarse al colectivo profesional organizado, el colegio, supone asumir una doble responsabilidad: aceptar la evaluación del ejercicio individual por los propios colegas y participar en la elaboración de las normas que permiten evaluar dicho ejercicio. En ese doble compromiso reside la función primordial de los colegios profesionales: elaborar los principios y las normas que deben regir el recto ejercicio y velar por su cumplimiento.

Identificar los principios y las normas de conducta de un colectivo no es tarea ni fácil ni vana. Se deben afrontar las reticencias propias del pensamiento posmoderno de corte nihilista en que se basa la supremacía de los valores individuales, los de la afirmación personal y de la autorrealización por encima de los valores comunitarios, de los que ayudan a ordenar la vida en sociedad. Se cuestiona la posibilidad de fundamentar unos principios éticos de ámbito universal y se relativiza, así, el concepto y el criterio de verdad. Y hay que partir de esa percepción, de que no hay una única verdad, para poder poner de acuerdo las diferentes convicciones morales que conviven en una sociedad abierta.

El respeto por las personas es el principio que rige todo proceso de deliberación colectiva para identificar unas normas de conducta. El dialogo entre 'extraños morales', entre quienes no comparten el mismo sistema moral de referencia, es un reto para los que sí que comparten una misma profesión. Es un reto, a la vez, intelectual y moral, que somete las convicciones propias a la prueba de la consistencia y la coherencia. Hay actitudes, como la misma voluntad de pertenecer al colectivo, que propician el diálogo y el consenso. El interés intelectual por el pensamiento ajeno como muestra de respeto por el otro y un cierto distanciamiento de los propios principios y valores personales facilitan el procedimiento para alcanzar el consenso.

Otra precaución es la de evitar caer en el reduccionismo cientificista de creer que la información obtenida sobre los resultados de las intervenciones médicas basta para regular la buena práctica. Conocer la eficacia y la efectividad de los instrumentos no es garantía de su buen uso. Y ello es especialmente relevante en las cuestiones de la asistencia al principio y al final de la vida.

Las recomendaciones colectivas consensuadas deben ser ejercidas con prudencia, en el sentido aristotélico del término, esto es, como la capacidad de optar por las decisiones más razonables, entendiendo como tales las más adecuadas a las circunstancias. Y de acuerdo con este contexto de autonomía, respeto y prudencia, el compromiso colectivo con las normas de conducta debe incluir la objeción de conciencia cuando la conducta exigida al profesional es contraria a sus convicciones. Así se protegen los derechos de quienes están en minoría y se evita la imposición coercitiva de la mayoría.



Práctica del compromiso colegiado

Para ejercer con competencia es necesaria la puesta al día no sólo de los conocimientos científicos y las habilidades técnicas, sino también de las actitudes en el trato personal, en un contexto de crecimiento exponencial de la información y de expectativas elevadas de los ciudadanos respecto a la salud. Ello implica un triple compromiso del colectivo colegial: promover y proporcionar la formación continuada, compartir los conocimientos y aceptar la evaluación por pares, como se regula en el artículo 7 del *Código de deontología médica* (CDM) de la Organización Médica Colegial.

Hoy, los programas de formación deben ser explícitos, con evaluaciones periódicas y transparencia en cuanto a los resultados

La disposición del buen profesional debe ser tanto la de continuar formándose como la de contribuir a formar a sus colegas. Éste es uno de los legados del juramento hipocrático, aunque en aquel contexto histórico, el compromiso de compartir los conocimientos respondía a la necesidad de preservar la trasmisión del saber médico exclusivamente a los iniciados, vedando su acceso a los legos. Hoy, los programas de formación deben ser explícitos, con evaluaciones periódicas y transparencia en cuanto a los resultados.

Si la evaluación de la competencia profesional corresponde al colectivo organizado como colegio,

la descalificación de un colega por parte de otro se desdice de ese compromiso. No hay nada que evidencie más la falta de responsabilidad de un profesional como el juicio público negativo sobre la competencia de cualquier otro profesional.

Cuando se advierte que la conducta de un colega puede suponer un riesgo para las personas, la protección de éstas exige una actuación diligente y prudente. No puede ser la misma la actitud ante el compañero negligente, imprudente o maleficiente que ante el que está enfermo o padece una adicción. Comunicar al colegio profesional una conducta de riesgo no es una falta de compañerismo, sino una muestra de éste que previene de daños a las personas y, por ello, de responsabilidades más graves, como bien dicen el artículo 22.3 del CDM y la recomendación 76 del BQM. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo es un buen ejemplo de actuación colegial para proteger a la ciudadanía y atender al compañero enfermo.

El convencimiento de que el buen profesional se organiza colectivamente para autorregularse es el fundamento del respeto a las otras profesiones sanitarias. Las profesiones sanitarias tienen una especificidad y unas competencias propias que complementan y enriquecen la función médica. El reconocimiento de esa especificidad y de esas competencias es la condición necesaria para trabajar en equipo.

El trabajo en equipo es la forma organizativa idónea para responder a la complejidad de la asistencia sanitaria de hoy en día. En el equipo, cada miembro tiene su papel, que desarrolla con plena autonomía sin dependencias jerárquicas, más allá del compromiso adquirido cuando se aceptan los objetivos asistenciales. En el equipo



no hay jerarquías, salvo la del liderazgo necesario que asume quien tiene mayor compromiso con la organización y una visión de conjunto sobre los objetivos de ésta.

Lidera quien tiene mayor compromiso no quien tiene más conocimientos ni más experiencia. El liderazgo clínico exige compromiso

Lidera quien tiene mayor compromiso, no quien tiene más conocimientos ni más experiencia. El liderazgo clínico exige compromiso. En primer lugar, con los valores y las expectativas de las personas sobre los objetivos y procedimientos de la institución sanitaria. Y, en segundo lugar, con los miembros del equipo en cuanto a saber acomodar dichos valores con los objetivos y tareas comunes. El liderazgo se ejerce propiciando el crecimiento personal a través del desempeño profesional, respetando las singularidades individuales y facilitando el consenso sobre los procedimientos y métodos de trabajo.

Así, pues, la responsabilidad como colectivo organizado entraña el compromiso de promover, actualizar y evaluar la competencia profesional, asumida de manera individual y voluntaria. Ese compromiso implica el respeto por la competencia de los colegas y velar por evitar las prácticas de riesgo para con las personas. La colaboración con las otras profesiones sanitarias basadas en el respeto por sus competencias específicas y complementarias a las médicas es la base del trabajo en equipo que se beneficia del liderazgo comprometido.

Conclusiones

La responsabilidad para con la profesión, es decir, para con los colegas, se ejerce de manera colectiva e institucionalizada, esto es, colegiada. Ahora bien, este compromiso colectivo parte de una motivación esencial, la voluntad individual de ejercer con excelencia, y de una convicción, la de que ello exige la evaluación de los pares, de los colegas, los miembros del colegio.

La autoridad moral del colectivo organizado como colegio, se funda en la actitud individual de sus miembros de querer hacer las cosas lo mejor posible. Da igual que esa predisposición de la voluntad sea innata o fruto de la emulación de la conducta ejemplar de otro profesional de referencia. En todo caso, sólo es un punto de partida, una aspiración. Y esa aspiración sólo se puede mantener, consolidar y manifestar plenamente en el contexto adecuado, la comunidad creada por los que comparten la misma aspiración.

Ésa ha de ser la convicción que motiva la incorporación voluntaria al colegio. Esa convicción asume que sólo el parecer de los iguales puede decidir sobre la propia competencia. Para hacerlo posible, hay que confiar en los que nos han precedido en el ordenamiento del ejercicio de acuerdo con los cánones de la buena práctica. Pero esta capacidad de regulación de la profesión debe ser reconocida por la sociedad. Y ésta lo hará en la medida en que la competencia profesional se adecue a las necesidades de la ciudadanía en el ámbito de la salud y la atención sanitaria.



Por todo ello, las sociedades democráticas avanzadas, si quieren mantener la excelencia profesional, evitar la burocratización de la práctica y la judicialización de la relación clínica, harán bien en delegar la certificación de la competencia profesional en los colegios profesionales. La autorregulación profesional que ello supone es el camino idóneo para ordenar una práctica compleja, en una sociedad plural con múltiples códigos de conducta y unas elevadas expectativas en cuanto a los servicios públicos.

El valor ético de todo ello se fundamenta en dos criterios ya apuntados. El primero es que la incorporación al colectivo debe ser voluntaria. La garantía palmaria del compromiso del profesional con el recto ejercicio es que sea un acto de conciencia no impuesto, que sea el fruto de la deliberación personal y, por tanto, que la decisión sea libre. Y el segundo es que las corporaciones profesionales, los colegios, ordenen la práctica profesional, no de acuerdo con sus intereses, que también, sino prioritariamente atendiendo al bien común. Y hacerlo en un ejercicio de autorregulación entendida no como corporativismo que vela exclusivamente por los intereses de los profesionales, sino como servicio a la sociedad, priorizando la asistencia adecuada a las personas. Es tarea de los legisladores dar acomodo y hacer factibles esas proposiciones.

Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares; 2001.

Castiñeira A, Lozano JM. El poliedro del liderazgo. Barcelona: Libros de Cabecera; 2012.

Fundació Galatea. Protocolos de funcionamiento del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo). Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; 2007.

Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007.

Gual A. Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2012.

Gual A, Monés J. El buen quehacer del médico. Madrid: Organización Médica Colegial; 2017.

Gual A, Nolla M. Regulación de la profesión médica. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2015.

Organización Médica Colegial. Código de deontología médica. Guía de ética médica. Madrid: Organización Médica Colegial; 2011.

Oriol A, Pardell H, eds. La profesión médica: los retos del milenio. Monografías Humanitas, n.º 7. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004.

Vattimo G. El fin de la modernidad. Barcelona: Gedisa; 2015.

Weber M. El político y el científico. Madrid: Alianza Editorial; 2012.

Bibliografía

Ballester-Leiner A. Max Weber y la sociología de las profesiones. México DF: Universidad Pedagógica Nacional; 2007.

Camps V. Virtudes públicas. Madrid: Espasa Calpe; 1996.



— 13 —

El reto de convertirse en un médico socialmente responsable

CHARLES BOELEN



Charles Boelen

Consultor Internacional en sistemas de salud y personal. Excoordinador del programa de recursos humanos para la salud de la Organización Mundial de la Salud (Oficina de Ginebra).

Es médico (Bélgica, 1966), especializado en Salud Pública (Universidad de Montreal, Canadá), Epidemiología (Universidad McGill, Montreal), Gestión del Sistema de Salud (Harvard y Stanford University, EE. UU.) y Educación de profesionales de la salud (Universidad de París XIII, Francia). Durante sus 30 años en la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1972-2001) desarrolló proyectos de desarrollo de recursos humanos en todo el mundo en coordinación con los Ministerios de Salud y Educación Superior, asociaciones profesionales e instituciones académicas. Fue asesor regional para el desarrollo de recursos humanos para la salud en la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental (1983- 86) y para África (1986-88). De 1988 a 2001 fue coordinador del programa de recursos humanos para la salud en la sede de la OMS en Ginebra e inició varias iniciativas políticas importantes. Actualmente es consultor internacional en sistemas y personal de salud, es copresidente del Consenso Mundial para la Responsabilidad Social de las Escuelas de Medicina y presidente de Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé. Es autor de la monografía de la OMS *Definición y medición de la responsabilidad social de las escuelas de medicina*, y ha publicado una serie de artículos revisados por expertos sobre el tema. Introdujo el modelo 'Médico cinco estrellas' y escribió la estrategia global de la OMS para la reorientación de la educación médica y la práctica médica para la salud para todos (1996). Es el autor del documento estratégico de la OMS *Hacia la unidad para la salud*, cuyo objetivo es facilitar la creación de un objetivo común de acción entre los principales interesados en el sector de la salud: responsables políticos, administradores de servicios de salud, profesionales de la salud, instituciones académicas, y organizaciones civiles y sociedad civil.

Publicaciones

- Boelen C. Medical education reform: the need for global action. *Acad Med* 1992; 67: 745-9.
- Boelen C. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995.
- Boelen C. Towards Unity for Health. Challenges and opportunities for partnership in health development. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80: 7.
- Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ* 2009; 43: 887-94.
- Boelen C, Woollard B. Social accountability: the extra leap to excellence for educational institutions. *Med Teach* 2011; 33: 614-9.
- Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The Social Accountability of Medical Schools and its Indicators. *Educ Health* 2012; 25: 180-94.
- Boelen C. Why should social accountability be a benchmark for excellence in medical education? *Educ Med* 2016; 17: 101.
- Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, et al. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109. *Med Teach* 2016; 38: 1078-91.
- Boelen C. Coordinating medical education and health care systems: the power of the social accountability approach. *Med Educ* 2018; 52: 96-102.

El reto de convertirse en un médico socialmente responsable

La responsabilidad social se define por tres características: identificar las necesidades y los retos de salud prioritarios en la sociedad, adaptar el trabajo para satisfacer mejor esas necesidades y retos, y asegurar que las acciones emprendidas tengan el mayor impacto posible en la salud de las personas a través de una colaboración eficiente con otros agentes interesados. Cualquier agente de la salud, incluido el médico, debe implicarse en ello. Varios modelos promueven el papel social de los médicos, así el modelo del Médico Cinco Estrellas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el CanMEDS canadiense y el *Physician Charter*. Todos estos modelos sugieren que el médico debe ocupar una posición central en el sistema de salud por medio de la comprensión y la acción sobre los determinantes de la salud que afectan tanto a las personas como a las poblaciones. Pero hay una brecha obvia entre las buenas intenciones y la realidad. Para que los médicos sean verdaderamente responsables socialmente y adapten su comportamiento en consecuencia, se debe alcanzar un gran consenso entre las asociaciones de profesionales de la salud, las instituciones académicas, las organizaciones de

servicios de salud y las autoridades públicas para adaptar sus respectivas misiones y programas con el fin de mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia en la salud.

Responsabilidad social para mejorar el impacto en la salud

Cada vez más, la sociedad se enfrenta a la presión de garantizar a sus ciudadanos una atención sanitaria centrada en la persona, la equidad, la relevancia y la eficiencia en la prestación de servicios de salud. Esta situación deriva de una combinación única de factores en todo el mundo: envejecimiento de la población, mayor conciencia pública y expectativas, aumento de los costes de la atención médica, mejor reconocimiento de los determinantes sociales y ambientales de la salud, desigualdad y pobreza crecientes, y la necesidad emergente de nuevos tipos de profesionales de la salud. Cada organización o institución está llamada a revisar su misión y sus programas para contribuir a



mejorar la situación. Los profesionales de la salud, en particular los médicos, son fundamentales para estos esfuerzos, debido a su relación directa con los pacientes y, a través de ellos, con sus familias y con la sociedad en general.

¿Qué es la responsabilidad social?

La responsabilidad social se define por tres aspectos: identificar necesidades y retos de salud prioritarios, adaptar el trabajo para satisfacer mejor esas necesidades y retos, y asegurar que las acciones emprendidas tengan el mayor impacto posible en la salud de las personas

La responsabilidad social se define por tres aspectos: identificar las necesidades y los retos de salud prioritarios en la sociedad, adaptar el trabajo para satisfacer mejor esas necesidades y retos, y asegurar que las acciones emprendidas tengan el mayor impacto posible en la salud de las personas a través de la colaboración eficiente con otros agentes implicados. En principio, la responsabilidad social es una obligación para cualquier organización, institución, grupo o profesión en cualquier sector que reclame su compromiso de servir a la sociedad, se identifique la sociedad como individuos, como una comunidad, o como un distrito o una nación. Abarca un amplio espectro de actividades, que van desde la protección del medio ambiente global y el uso razonable de los recursos de nuestro planeta hasta el respeto de la dignidad humana.

La UNESCO declara que las universidades deben ser socialmente responsables y ‘su relevancia en la educación superior debe evaluarse en términos del ajuste entre lo que la sociedad espera de las instituciones y lo que hacen’

La Organización Internacional de Normalización define la responsabilidad social de una empresa como ‘una integración voluntaria de las preocupaciones sociales y ecológicas en sus actividades comerciales y en su relación con los agentes interesados’. Además, en una declaración más reciente, se establece que ‘una organización es responsable del impacto en la sociedad y en el medio ambiente, de sus decisiones y actividades a través de un comportamiento ético y transparente con efectos en el desarrollo sostenible, incluso en la salud y el bienestar social’. De forma similar, la Unesco declara que las universidades deben ser socialmente responsables y ‘su relevancia en la educación superior debe evaluarse en términos del ajuste entre lo que la sociedad espera de las instituciones y lo que hacen’. La OMS, por medio de su definición de salud como un ‘estado de bienestar completo, físico, mental y social’ y su constante apelación a la justicia social, como lo ejemplifica la Estrategia de Salud para Todos en la década de los setenta y la Cobertura Universal de Salud en 2010, siempre ha instado a los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas a implementar políticas socialmente responsables.



¿Responsable ante quién y para qué?

Uno es responsable de lo que ha prometido de forma pública y explícita. Un sistema público nacional de salud es responsable ante los ciudadanos por su compromiso explícito de proporcionar los mejores servicios de salud posibles. Por lo tanto, los ciudadanos pueden demandar que todas las personas de la nación tengan acceso a la atención médica. También pueden esperar una mejor protección contra los riesgos para la salud y una mejor actuación sobre los diferentes determinantes de la salud, ya sean ambientales, culturales, económicos y políticos.

Del mismo modo, otros agentes clave en el sistema de salud, como las organizaciones de los servicios de salud, las compañías de seguros de salud, las asociaciones de profesionales de la salud, las instituciones académicas y las escuelas/facultades de medicina y de las ciencias de la salud, así como la sociedad civil, deben también declarar explícitamente lo que se comprometen a cumplir. En el caso de las facultades de medicina, en 1995, la OMS definió su responsabilidad social como 'la obligación de dirigir sus actividades educativas, investigadoras y servicios a abordar los problemas de salud prioritarios de la comunidad, la región o el país en los que tienen un mandato. Los problemas prioritarios de salud deben ser identificados conjuntamente por los gobiernos, las organizaciones de atención de salud, los profesionales de la salud y el público'.

Hay dos puntos importantes en esta definición que son relevantes para otros agentes de salud: obligación y conjuntamente. La obligación alude al

hecho de que ser socialmente responsable debe ser una actitud ética fundamental, mientras que la definición de los problemas de salud prioritarios debe surgir de un proceso de consulta con otros agentes de salud. En 2010, el Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina describía cuatro atributos de una facultad de medicina socialmente responsable:

- Responder a las necesidades y retos actuales y futuros de salud de la sociedad.
- Reorientar sus actividades docentes y de investigación, y sus servicios prioritarios adecuadamente.
- Reforzar su gobernanza y sus alianzas con otros agentes.
- Usar la evaluación y la acreditación para evaluar su rendimiento e impacto.

Si bien los principios básicos anteriores deben inspirar a cualquier agente de salud que aspire a ser socialmente responsable, incluidos los médicos, estratégicamente ha parecido lógico examinar primero el papel de las facultades de medicina cuyo mandato es formar a los médicos. Las facultades de medicina, al ser un modelo de responsabilidad social, deben inculcar principios similares a sus graduados. En Canadá, la responsabilidad social y la rendición de cuentas son valores fundamentales que sustentan el papel de los médicos canadienses y de las facultades de medicina. Este compromiso significa que, tanto de forma individual como colectivamente, los médicos y las facultades deben responder a las diversas necesidades de los individuos y las comunidades en todo Canadá, así como cumplir con las responsabilidades internacionales ante la comunidad global.



Sin embargo, existe una brecha entre los modelos de papeles ofrecidos por la institución educativa y las modalidades reales de la práctica de los futuros médicos. La facultad de medicina como productor de la fuerza laboral es sólo uno de los agentes clave, mientras que los comportamientos socialmente responsables deben ser evaluados y reconocidos universalmente en todo el sistema de salud, desde el nivel de la política nacional de salud hasta las normas de los seguros de salud, la organización de los servicios de salud y los sistemas de reconocimiento.

El médico en la sociedad

Obviamente, la principal obligación social de los médicos es brindar la mejor atención posible a sus pacientes. Además de las medidas curativas, los médicos también son vistos como referencia clave para prevenir los riesgos de mala salud y para aconsejar sobre estilos de vida saludables relacionados con la nutrición, la movilidad, evitar el abuso de sustancias, la seguridad en el trabajo o la interacción social. Con el alto grado de especialización médica actual, los aspectos humanos también deben considerarse esenciales al tomar en consideración el contexto integral en el que viven los pacientes y los ciudadanos.

Entre los otros valores en los que debe basarse la responsabilidad social están la equidad y la eficiencia. La equidad en la salud es una parte importante del *ethos* de los agentes de salud. Los médicos deben sentirse preocupados por el bienestar de la población que vive en un área determinada cuyos miembros no se benefician adecuadamente de los servicios de salud debido a su condición socioeconómica, sus diferencias

culturales o su vida en lugares remotos. Otro desafío clave hoy en día es la sostenibilidad del sistema sanitario, que requiere un mejor uso de los recursos humanos, financieros y técnicos. Por lo tanto, los médicos deben respaldar las reformas para lograr una mayor eficiencia en el sistema de atención médica, eventualmente mediante el cambio de tareas de los profesionales de la salud y la mejora de la gestión participativa.

Desde siempre, el médico se ha considerado como un elemento fundamental del sistema sanitario, sino en la esfera política, como refiere el famoso histopatólogo alemán del siglo XIX Rudolf Virchow: 'los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales deberían ser resueltos en gran parte por ellos'. En el juramento hipocrático original hay poca o ninguna mención sobre el papel social del médico. Sólo a mediados del siglo pasado, las versiones revisadas del juramento se refieren a cuestiones éticas y a la obligación no sólo de tratar un órgano, sino a un ser humano enfermo, cuya enfermedad puede afectar a su familia y a la estabilidad económica. Fue revisado en 1964 para afirmar que el médico, como miembro de la sociedad, tiene una obligación especial con todos los demás seres humanos, sus mentes y el cuerpo, así como con los enfermos.

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA48.8 'Reorientando la educación médica y la práctica médica para la salud para todos', instando a los países a colaborar con todos los organismos interesados, incluidas las asociaciones profesionales, en la definición del perfil deseado del médico del futuro y, cuando corresponda, las funciones respectivas y complementarias de los generalistas y especialistas y sus relaciones con otros



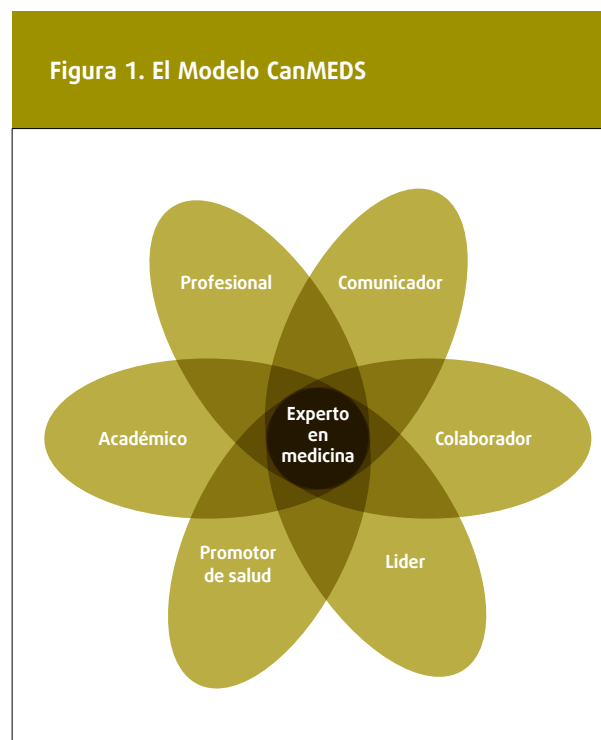
proveedores de atención primaria de salud para responder mejor a las necesidades de las personas y mejorar el estado de salud. En el documento de estrategia de la OMS para implementar esta resolución, titulado *Médicos para la salud*, se hace referencia al modelo 'médico cinco estrellas' (Tabla 1), también citado por primera vez en 1992 en *Academic Medicine*.

Tabla 1. Médico cinco estrellas

<p>Proveedor de atención</p> <p>Servicios clínicos de alto nivel. Considera al paciente como parte integral de una familia y una comunidad. Personaliza la atención preventiva. Relación de confianza</p>
<p>Tomador de decisiones</p> <p>Elige las tecnologías que aplica en forma ética y costo/efectiva</p>
<p>Comunicador</p> <p>Promueve estilos de vida saludables por medio de explicaciones categóricas</p>
<p>Líder de la comunidad</p> <p>Gana la confianza de la gente entre la cual trabaja y puede conciliar los requerimientos de salud individual y colectiva</p>
<p>Miembro de un equipo</p> <p>Trabaja en armonía con otros profesionales, individuos y organizaciones para responder a las necesidades de sus pacientes</p>

El modelo 'médico cinco estrellas' afirma que el perfil del médico debe estar conformado por las mismas fuerzas que influyen en el sistema de salud del futuro. La función del médico debe volver a revisarse como parte de la revisión de las funciones de todos los proveedores de atención sanitaria. Otros modelos han confirmado el papel social de los médicos, de una manera que es muy consistente con las características de la responsabilidad social, a saber, el CanMEDS canadiense (Figura 1), el *Physician Charter* o el *Tomorrow's doctor* del British General Medical Council.

Figura 1. El Modelo CanMEDS



El modelo CanMEDS se compone de seis dominios, de los cuales tres sugieren acciones más allá de los límites de un médico clínico: colaborador, líder y defensor de la salud. Como colaborador, el médico puede delegar tareas en otros profesionales de la salud, es decir, se



le puede pedir a un farmacéutico que vacune a las personas, a una enfermera que haga el seguimiento de pacientes crónicos, a un trabajador social que eduque a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Como defensor de la salud, puede esperarse que el médico asesore a las autoridades públicas sobre los determinantes sociales de la salud. Como líder, el médico puede facilitar la coordinación de un grupo para una acción más efectiva sobre problemas de salud prioritarios, dentro de un entorno de salud o en una comunidad.

El *Physician Charter* definió el profesionalismo en la práctica médica en torno a tres principios básicos: bienestar del paciente, autonomía del paciente y justicia social. Se expone el principio de la primacía del bienestar del paciente, mientras que la autonomía del paciente tiene la intención de capacitar a los pacientes para que tomen decisiones que determinen su salud. El principio de justicia social se refiere a alentar a los médicos a trabajar activamente para una distribución justa de los recursos de salud en una población. Por lo tanto, el profesionalismo puede considerarse como un contrato entre la sociedad y la profesión médica que refleja valores culturales.

El médico y la responsabilidad social

Hay muchos puntos en común entre los tres modelos referidos, en la medida que orientan sobre el futuro papel de los médicos. Además de la capacidad de brindar el mejor

servicio posible al paciente, más allá de la relación tradicional de proveer atención a los pacientes, varias de las funciones sugeridas tienden a posicionar al médico como una figura central en el complejo contexto de atención sanitaria. Estas funciones se refieren tanto al cuidado individual como a la interacción comunitaria, que son pilares del concepto de responsabilidad social.

Aplicando la responsabilidad social en el cuidado individual

Se espera que los médicos brinden atención centrada en la persona y consideren a los pacientes en su entorno vital y laboral, teniendo en cuenta sus condiciones culturales, sociales y económicas al brindar asesoramiento o prescribir cualquier procedimiento. Con un fácil acceso a la información médica, los pacientes tienen mayores expectativas y se vuelven más críticos con los servicios propuestos. Esta característica abre la oportunidad de dialogar con los pacientes y sus familias, y les permite adoptar estilos de vida más saludables, convertirse en consumidores de productos de salud más independientes y razonables. Esto es aún más pertinente con la creciente prevalencia de enfermedades crónicas. De ahí se deriva la necesidad imperativa por parte de los médicos de dominar las habilidades de comunicación para ayudar a los pacientes y a los ciudadanos a ser lo más autónomos posible y activos en el mantenimiento de su propia salud, y eventualmente defender la salud de las personas que viven cerca.



Aplicando la responsabilidad social en la interacción con la comunidad

Ser socialmente responsable implica colaborar con otros agentes implicados en el sector de la salud

Ser socialmente responsable implica colaborar con otros agentes implicados en el sector de la salud. Los médicos contribuirían activamente a actuar sobre los determinantes de la salud en el entorno vecino, es decir, ser un defensor público para limitar los riesgos de la contaminación o contribuir a los programas de reducción de la pobreza. En una escala más amplia, los médicos pueden colaborar activamente en campañas nacionales de salud pública dirigidas a problemas prioritarios de salud, es decir, participar en información de salud y en la educación en escuelas o lugares de trabajo. Los médicos también pueden optar por trabajar en entornos de salud multiprofesionales, compartiendo espacio, información y competencias con diversos profesionales en los sectores de salud y sociales, para brindar un servicio más integral a los pacientes y participar en un programa basado en la prevención de la salud de la población.

Conclusión

Parece haber un acuerdo general sobre el principio de aplicar el concepto de la responsabilidad social a los médicos. Sin

embargo, hay poca evidencia disponible sobre posibles estrategias que permitan llevar el concepto a la práctica. Una brecha similar entre el ideal y la puesta en práctica se aprecia con la promulgación de los derechos humanos y la conciencia ecológica para preservar nuestro medio ambiente. Si la responsabilidad social en el sector salud se convierte en una política nacional, un agente progresista puede sentirse perjudicado si todos los demás permanecen conservadores y tibios al aplicar cambios en sus hábitos y prerrogativas. En los países democráticos, los cambios de comportamiento sólo pueden ocurrir a través de un consenso nacional construido pacientemente mediante consultas amplias con actores relevantes, respaldados por evidencias del valor añadido que ofrecen prácticas alternativas de bienestar común y por un sistema de recompensas.

Sin embargo, en varias ocasiones, los médicos han demostrado su responsabilidad social, ya sea en forma personal o en una práctica grupal. Por ejemplo, quienes trabajan en áreas rurales y remotas, a menudo se comprometen a atender las necesidades de salud integral de los pacientes y las poblaciones. Asimismo, las asociaciones nacionales de centros de salud multiprofesionales recomiendan un compromiso similar, ya sea que en áreas rurales o urbanas. A nivel internacional, la WONCA, la organización mundial de médicos de familia, es un potente promotor de la responsabilidad social de los médicos, como lo demuestra la concesión regular de un premio de cinco estrellas a médicos generales. En menor medida, otras especialidades médicas abogan por prácticas socialmente responsables, como se ve en el *Physician Charter* publicado por un grupo de internistas. En ciertos países no es raro ver a los dermatólogos ofrecer una consulta gratuita



una vez al año para detectar melanomas o a los pediatras para detectar los primeros síntomas del asma.

Los médicos generalmente son conscientes de los cambios sociológicos profundos y la necesidad de adaptarse para seguir siendo una referencia central en el sistema de prestación de atención sanitaria. Las generaciones más jóvenes de médicos están dispuestas a construir una carrera que proporcione satisfacción profesional continua y que sea relevante para enfrentar los desafíos de salud más apremiantes en su sociedad. Corresponde a las asociaciones médicas en alianza con instituciones académicas, autoridades públicas, organizaciones de atención de salud y el público elaborar políticas y diseñar estrategias apropiadas para cambiar la cultura para una institucionalización progresiva de prácticas médicas y de salud socialmente accesibles.

Mensajes que se deben recordar

- Ser ha de ser consciente de la brecha existente entre las buenas intenciones transmitidas por el concepto de responsabilidad social y la factibilidad de su implementación, debido a la resistencia al cambio, y convertirse en un defensor de las reformas utilizando argumentos creíbles.
- Colaborar en la adaptación de los programas de educación médica basados en las competencias esperadas en un médico con responsabilidad social.
- Promover asociaciones entre facultades de medicina, asociaciones médicas y servicios

de atención sanitaria para experimentar modelos de prestación de atención médica en un territorio determinado, para abordar los problemas de salud prioritarios en una población.

- Participar en iniciativas de políticas de diseño de guías de buenas prácticas que resalten los principios y estrategias de responsabilidad social que los médicos podrían aplicar y ser recompensados por ello.

Bibliografía

- ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.
- Boelen C. Medical education reform: the need for global action, *Acad Med* 1992; 67: 745-9.
- Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995.
- Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions, *Med Educ* 2009; 43: 887-94.
- Boelen C, Woollard B. Global consensus for social accountability of medical schools. East London: South Africa; 2010.
- Health Canada. Social accountability: a vision for Canadian medical schools. Ottawa: Health Canada; 2001. URL: https://afmc.ca/pdf/pdf_sa_vision_canadian_medical_schools_en.pdf. [21.11.2018].
- International Organization of Standardization. URL: <https://www.iso.org/iso-2600-Social-responsibility.html>. [14.02.2019].
- Lasagna L. Modern physicians' oath. URL: <https://www.hospicepatients.org/modern-physicians-oath-louis-lasagna.html>. [14.02.2019].



Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
CanMEDS. URL: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about/history-canmeds-e>. [14.02.2019].

Unesco. Final report of the World Conference on Higher Education, Higher Education in the Twenty-first Century, Vision and Action. Paris: Unesco; 1998.

World Health Organization. Doctors for health, a WHO global strategy for the reorientation of medical education and medical practice for health for all. Geneva: WHO; 1998.



**Autonomía:
libertad del médico para
tomar decisiones de forma
independiente para el mejor
interés de los pacientes
y para el bien de la sociedad**

JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN



Juan José Rodríguez Sendín

Presidente de la Comisión deontológica central. Vocal del Consejo Asesor de Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Nacido en Vitigudino (Salamanca), es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, es diplomado en Sanidad y máster en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III). Es director médico de la Gerencia de Coordinación e Inspección de Castilla-La Mancha, adscrito a los servicios centrales de la Dirección de Gerencia del SESCAM. Desde 2001 a 2015 ha sido secretario general y presidente del Consejo General de Colegios de Médicos.

Entre otros cargos ha sido presidente del Foro de las Profesiones Sanitarias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, vicepresidente de la Confederación Latino Iberoamericana de Entidades de Médicos y presidente de la Fundación para la Investigación, Docencia, Formación y Competencia Profesional de los Médicos Colegiados de España. En la actualidad es presidente de la Comisión Deontológica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Toledo y de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), vocal del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y profesor en diversos másteres y cursos:

- Máster de Derechos Sanitario. Universidad San Pablo CEU de Madrid,
- Máster de Administración Sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III,
- Coordinador y profesor del Título de Experto en Ética Clínica de la Fundación para la Formación Médica del Consejo General de Colegios Médicos,
- Es responsable del Aula de Profesionalismo Facultad de Medicina Universidad San Pablo CEU de Castellón/Consejo General Colegios Oficiales de Médicos.

Publicaciones

Rodríguez Sendín JJ. Guía de ética latino iberoamericana. Confederación Latino Iberoamericana de Entidades Médicas. (COMFEMEL), 2014.

Rodríguez Sendín JJ. Carta de identidad y principios de la profesión médica latino iberoamericana. Foro Latino Iberoamericano de Entidades Médicas (FIEM). Coímbra, 2016.

Rodríguez Sendín JJ. Prevención de los efectos adversos sanitarios y contra la medicina defensiva, Médico de Familia. Médico de personas: cuatro décadas de ejercicio profesional en medicina rural. Valladolid: Fuente de la Fama; 2017.

Rodríguez Sendín JJ. Documentos del Grupo de Trabajo Atención Médica al final de la Vida OMC/SECPAL https://www.cgcom.es/sites/default/files/GT_atencion_medica_final_vida/.

Rodríguez Sendín JJ. Guías de ética en la práctica médica: conflictos éticos en psiquiatría y psicoterapia; retos éticos en atención primaria; planificación anticipada de la asistencia médica. historia de valores; instrucciones previas; decisiones de representación; ética de los incentivos a profesionales sanitarios; la capacidad de los pacientes para tomar decisiones.

Autonomía: libertad del médico para tomar decisiones de forma independiente para el mejor interés de los pacientes y para el bien de la sociedad

Definición y desarrollo

El *Código de ética médica* de la Asociación Americana de Medicina, de 1847, inspirado en el pensamiento de Thomas Percival, propuso a los médicos asumir una serie de obligaciones frente a la comunidad, mientras ésta, a cambio, le otorga a la profesión médica una serie de prerrogativas especiales, entre las que sobresale la libertad para establecer sus propios estándares. En otras palabras, la sociedad le confiere autonomía a la profesión médica. Como era de esperar, casi inmediatamente surgió la discusión acerca de qué significa autonomía profesional y el interrogante acerca de si los estándares promulgados por la profesión médica eran de carácter obligatorio para todos los médicos o si, por el contrario, éstos son libres para establecerlos individualmente.

Se puede entender la autonomía como la capacidad de alguien para tomar decisiones sin

ayuda de otro. Para la Real Academia Española, es la 'condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie'. Por otra parte, el *Diccionario enciclopédico Norma* la define como: 'Estado y condición del individuo o pueblo que se gobierna por sí mismo'. Desde finales del siglo XIX, 'autonomía profesional (médica)' significa que la profesión médica establece y hace cumplir los estándares de calidad de su práctica.

Desde finales del siglo XIX autonomía profesional (médica) significa que la profesión médica establece y hace cumplir los estándares de calidad de su práctica

El concepto moderno de autonomía, propuesto principalmente por Kant, se refiere a la capacidad del médico de gobernarse por las normas que establece la comunidad profesional médica, bien científica, bien deontológica, que



él mismo acepta como tal, sin coerción externa. En este sentido, autónomo es quien actúa libremente de acuerdo con un plan elegido, es decir, dentro del marco de una norma libremente adoptada. Porque quien no es capaz de reflexionar para elegir libremente un plan, está destinado a ser controlado por otros.

En octubre de 1987, la 39.^a Asamblea de la Asociación Médica Mundial (WMA), celebrada en Madrid, definió como elemento principal de la autonomía profesional la garantía que el médico tiene para expresar con libertad su opinión profesional con respecto a la atención y al tratamiento de sus pacientes, sin influencia indebida o inapropiada de partes o personas externas. Este principio ha sido revisado por la propia WMA en varias ocasiones (2005, 2008 y 2018), estableciendo la importancia de la autonomía profesional como componente esencial de la atención médica de alta calidad y, por consiguiente, como un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado. La WMA comprometió a sus asociaciones médicas nacionales a mantener y garantizar ese principio de ética esencial, que es la autonomía profesional, en la atención de los pacientes.

El *Código de deontología médica* de la Organización Médica Colegial, además de constituir una guía de conducta con la que responde a su voluntad y capacidad de autoorganización de la profesión médica española, constituye un canto a la autonomía e independencia del médico, desde la responsabilidad y entrega de éste al interés del paciente y de la sociedad. El citado código recoge escrupulosamente las líneas maestras de las normas que sobre el principio de autonomía del paciente establece la legislación vigente, aunque,

como es lógico, con una mayor delicadeza y aproximación a la relación clínica.

Relación con otros valores y principios fundamentales

La autonomía e independencia del ejercicio profesional del médico tiene relación con los siguientes aspectos.

Autonomía del paciente y su derecho a la información

En relación con la salud, es probable que en el mundo occidental no haya hoy otro principio de tanta importancia como el que afirma la autonomía de los ciudadanos y del médico a la hora de tomar decisiones responsables tras respetar la decisión de su paciente libremente informado.

Promover de forma efectiva la autonomía del paciente y su derecho a una información de calidad precisa inexcusablemente preservar y cuidar la autonomía y la independencia del médico. Los pacientes tienen derecho a decidir libremente por la opción que deseen en relación con su propia salud. Para ello deben estar convenientemente informados y asesorados por profesionales bien formados e instruidos sobre la base de la evidencia disponible, que libremente ofrecen sus conocimientos, recomendaciones y opiniones a los pacientes y a la sociedad en general, y que además se comprometen con lo que recomiendan. La autonomía profesional es imprescindible para ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas y,



por otro lado, permite que los médicos puedan rechazar peticiones de pacientes o familiares injustificadas o que atentan contra la buena práctica. En consecuencia, el ciudadano es libre para demandar la asistencia que necesita y que considera necesaria; los pacientes son autónomos y libres para decidir, tras ser informados convenientemente, lo que más les conviene en relación con su salud; y los médicos somos autónomos y libres para ofrecer a los pacientes y los ciudadanos respecto al cuidado de su salud y calidad de vida lo necesario, lo mejor, de la mejor manera y al mejor precio.

La autonomía profesional es imprescindible para ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas y por otro lado permiten que los médicos puedan rechazar peticiones de pacientes o familiares injustificadas o que atentan contra la buena práctica

Relación de agencia en el ejercicio de la medicina

Una agencia es un lugar, o un momento, donde dos personas intercambian información, objetos o bienes de consumo. En la agencia hay un vendedor o un proveedor, que le explica al comprador las características del objeto o servicio que desea y naturalmente lo que vale, o el precio que tiene que pagar para adquirirlo. Los tiempos están cambiando para las relaciones entre el médico y su paciente. Cuando se discute, por ejemplo, sobre las opciones posibles para tratar las fracturas del cuello del fémur de un paciente determinado, todos debemos de estar de acuerdo

(porque lo exige la ley y la deontología) en la necesidad de informar al paciente o en su caso a la familia de los pros y los contras de cada una de las posibilidades de tratamiento. Esta información que explica y entrega el médico a su paciente, que le ayuda a decidir la opción que más le conviene tanto de un método diagnóstico, como terapéutico o quirúrgico, es lo que se denomina 'relación de agencia'.

En la vida corriente, cuando un cliente acude a una agencia suele tener una idea clara y previa de lo que quiere adquirir. Se informa antes y durante la entrevista con el vendedor, y decide libremente, de acuerdo con sus preferencias o con su capacidad adquisitiva, si compra o no el objeto o el servicio. Esto es lo que se conoce en economía como una 'relación de agencia' normal, perfecta o simétrica. Pero ¿qué ocurre en medicina? La diferencia de información de la que disponen en este caso el paciente (cliente) y el médico (proveedor) es tan grande que el paciente suele tener que admitir (adquirir/permitir/decidir) lo que el médico le dice, le aconseja o recomienda. Es lo que se denomina 'relación de agencia imperfecta', es decir, se establece una relación entre el médico y el paciente con gran asimetría de conocimientos entre ambos. Es difícil encontrar en otra actividad de la vida una situación tan asimétrica, pero a la vez tan importante en consecuencias. Porque en esa relación, las consecuencias para la salud de las decisiones equivocadas pueden ser graves y con frecuencia el paciente no va a disponer de otra oportunidad. Nos encontramos, en suma, con una relación de agencia donde el médico (proveedor) va a ser en buena parte el mayor responsable tanto de la oferta como de la demanda. Es preciso que el médico, en su relación con el paciente, realice un esfuerzo para procurar en



cada caso que esa asimetría sea la menor posible. De esa relación se desprende, por un lado, la necesidad de mantener y reforzar los vínculos de confianza entre el paciente y su médico; y, por otro, garantizar que el médico sea independiente y libre para ofrecer su opinión y propuestas diagnósticas y terapéuticas.

Comunicación y medicalización de la vida

Todo lo relacionado con la salud individual y colectiva adquiere en la sociedad actual una relevancia extraordinaria. La medicalización (cuestiones cotidianas o propias de la vida buscan respuesta en la medicina) y la medicamentación de la vida (procesos cotidianos que originan displacer buscan y obtienen un medicamento) son exageradas y no parecen tener fin. Los medios de comunicación, con el soporte de profesionales sanitarios, tienen un papel determinante en la construcción del estado de opinión sobre todo lo relacionado con la salud y especialmente con la asistencia sanitaria. La libertad y la autonomía del médico, desde la responsabilidad legal y deontológica que se le exige, son fundamentales y constituyen un determinante fundamental a la hora de ofrecer información fiable y fundamentada a la población general sobre todo lo relacionado con su salud y calidad de vida.

La medicalización y la medicamentación de la vida cotidiana inducidas y provocadas por los incentivos de la industria farmacéutica y tecnológica, con la colaboración de sectores profesionales, y la tolerancia de sectores políticos y económicos, la hacen muy difícil contrarrestar. Ambas utilizan inútilmente gran cantidad de recursos y energía sanitaria, generan e inducen

demanda de tecnología y medicamentos innecesarios que aumentan la presión sobre el médico, alteran la dinámica de la relación médico-paciente y son causa de riesgos evitables graves para los pacientes.

Formación, evaluación e investigación

El compromiso de promover la mejor calidad refuerza la confianza de la sociedad en la profesión médica legitimando su autonomía para autorregularse

En la década de los setenta del siglo pasado, Percival y Cabot consideraron que la mejor evidencia para conocer la efectividad de las intervenciones la aportan los estudios probabilísticos y la investigación. Surgía así lo que posteriormente se definió como medicina basada en la evidencia, y con ella las guías de práctica clínica que contravenían la forma tradicional de la práctica médica, hasta entonces basada en la experiencia individual acumulada. El compromiso de promover la mejor calidad refuerza la confianza de la sociedad en la profesión médica legitimando su autonomía para autorregularse. La práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible beneficia a los pacientes y a la sociedad. Pero también la profesión médica legitima y refuerza con resultados su capacidad para autogobernarse y autorregularse.

La evaluación continua del ejercicio profesional debe utilizarse en beneficio de los pacientes con el fin de asegurarles la calidad continua de la atención prestada por médicos competentes.



Dentro de esta preocupación está también la necesidad de supervisar los adelantos en la medicina científica y la utilización de métodos terapéuticos seguros y efectivos no sujetos a intereses ajenos al paciente. Igualmente, los ensayos clínicos deben cumplir al menos las normas de protección requeridas por la Declaración de Helsinki de la WMA, que deben excluir las teorías científicas dudosas para ser aplicadas en pacientes.

Limitaciones económicas

Las limitaciones económicas siempre presentes en relación con el cuidado de la salud merecen consideración desde dos vertientes bien diferentes y contrapuestas donde la autonomía y la independencia del médico tienen una importancia definitiva. Por un lado, es preciso recordar siempre que, siendo cierto que los recursos económicos son finitos y los recursos para mejorar las sensaciones de salud y bienestar tienden al infinito, es éticamente necesario que el médico, tras ofrecer al paciente lo que técnica y éticamente considere necesario para preservar su salud, deba introducir el sentido económico en sus decisiones. Las limitaciones en los servicios públicos y prestaciones de salud, así como el establecimiento de prioridades en ellos, especialmente cuando son gratuitos en el momento de la demanda, son fundamentales para garantizar la supervivencia de los servicios públicos y que éstos puedan continuar distribuyendo riqueza y seguridad en salud en condiciones de equidad. Esas limitaciones financieras o la elevación injustificada de los costos de los medicamentos y la tecnología pueden provocar que las administraciones sanitarias interfieran en la autonomía clínica al

tratar de imponer reglas y limitaciones contra la evidencia científica y las normas deontológicas de la profesión médica.

Las limitaciones financieras o la elevación injustificada de los costos de los medicamentos y la tecnología pueden provocar que las administraciones sanitarias interfieran en la autonomía clínica al tratar de imponer reglas y limitaciones contra la evidencia científica y las normas deontológicas de la profesión médica

Por otro lado, ocurre que las políticas de recortes y reducción de costos indiscriminados se aplican especialmente sobre la población y los ámbitos del cuidado de la salud donde son más fáciles de aplicar, erosionando la autonomía del médico para ejercer su profesión: salarios bajos, distribución inequitativa de presupuestos y recursos entre lo rural y lo urbano, entre la atención primaria y el hospital, disminución del tiempo de atención necesario a cada paciente, inequidad para acceder a métodos diagnósticos y tratamientos o al especialista mediante listas de espera... todo resta calidad en la atención del paciente al hacerlo también a la independencia y autonomía efectiva del profesional.

Importancia para el paciente, el profesional y la sociedad

La autonomía profesional y la independencia clínica del médico son elementos sustanciales para la mejor relación médico-paciente; de ellos dependerá la buena práctica médica junto con el



mejor servicio al paciente. La sociedad concede esa prerrogativa a la profesión médica en su conjunto, no al profesional como individuo. De ahí se desprende la necesidad de que la profesión médica, como colectividad, se encargue de la responsabilidad de regular la autonomía y libertad de ejercicio médico de todos y cada uno de sus miembros. En consecuencia, la autonomía e independencia que justifican la libertad de opinión y de prescripción de la profesión médica no son valores absolutos que permitan dirimir los problemas con su sola apelación y ante cualquier decisión justificar el comportamiento del médico. La autonomía profesional y la independencia del médico estarán limitadas por la evidencia científica, los valores, y las normas profesionales y deontológicas de la profesión médica. Constituyen, en suma, el sustrato donde crecen y se mantienen los principios y valores del médico que conocemos como profesionalismo médico.

La autonomía profesional y la independencia clínica del médico que asume la responsabilidad final de la atención del paciente deben ser respetadas por otros miembros del equipo, aunque conviene recordar que, cuando sea posible, y en el mejor beneficio de los pacientes, los dilemas profesionales es conveniente que se discutan en sesión clínica con absoluta libertad y sin miedo a represalias, adoptando tras ello la decisión más conveniente en cada caso. Rendir cuentas y ofrecer explicaciones a otros profesionales en un ambiente de lealtad al paciente y sin restricciones a la libertad profesional es un acto de extraordinario valor ético y científico que constituye una garantía y seguridad para los pacientes.

Autorregulación y profesionalismo médico

El principio de autonomía médica está relacionado con el profesionalismo. En un sentido amplio, el profesionalismo médico incluye tres dimensiones clave: el conocimiento experto, la autorregulación de la profesión y la obligación de subordinar el interés propio a las necesidades, los intereses y la autonomía del paciente. Con él se responde a una necesidad social con alta responsabilidad para el médico, que actúa bajo control del propio colectivo profesional al que pertenece. Los médicos deben confluir, precisar, explicar y difundir las competencias técnicas y los principios y valores con lo que se comprometen a realizar su ejercicio profesional y que coinciden con el modelo de autorregulación que representa la Organización Médica Colegial ante la que deben responder obligatoriamente de su conducta todos los médicos.

Por las características tanto del cuidado de la salud como del ejercicio de la medicina, los médicos necesitan un alto grado de autonomía individual e independencia para controlar los términos y las particularidades de sus obligaciones, compromisos y ejercicio diario. La autonomía profesional sólo puede mantenerse si los médicos someten sus actividades y decisiones a la evaluación crítica de otros colegas, e incluso a las opiniones de los pacientes. Únicamente a partir de este contrato entre pares, un modelo de colegiación puede asumir la responsabilidad de la regulación de la práctica médica. A cambio de los privilegios que resultan de esta autorregulación de la profesión, el modelo de colegiación debe garantizar la competencia y la conducta de sus miembros.



La 39.^a Asamblea de la WMA celebrada en Madrid, en octubre de 1987, realizó una declaración revisada en su redacción en mayo de 2005 que estableció que ‘paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y, no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y las actividades profesionales del médico’.

La Organización Médica Colegial y, con ella, los colegios de médicos son necesarios como espacios éticos y democráticos de libertades profesionales y directivas, puestas al servicio de los pacientes y del mejor ejercicio médico para responder a las exigencias de la autorregulación. Los colegios de médicos son foros de pensamiento médico para crear inteligencia ética, profesional y clínica, constituidos en instrumentos de gobierno de la profesión médica, como garantía de derechos públicos esenciales para el cuidado de la salud de la población, puestos al servicio de los ciudadanos, de la sociedad y del mejor ejercicio médico.

La WMA, en la mencionada Asamblea de Madrid y las revisiones consecutivas, declaró que ‘tener conciencia de los gastos es un elemento esencial de la autorregulación. La atención de la más alta calidad sólo puede justificarse por la certeza de que el costo de tal atención permita que todos los ciudadanos tengan acceso a esa atención’. Nuevamente, los médicos están particularmente cualificados para hacer las evaluaciones necesarias y tomar las decisiones en relación con el control de los gastos sanitarios. El uso apropiado de los recursos, la introducción del sentido económico en las decisiones de

los médicos y la relación ética y la eficiencia están previstos y forman parte del código de deontología de la Organización Médica Colegial.

De forma simultánea, conviene precisar que el control de los gastos no debe usarse como pretexto para negar a los pacientes los servicios médicos que necesitan. Esta obligación la recoge la WMA cuando, en la Declaración de Madrid, afirma que las organizaciones que la integran ‘deben establecer un sistema de autorregulación profesional que realce y asegure el derecho del médico de tratar a sus pacientes sin interferencia en su juicio y discreción profesional. Lo cual es recogido en el actual Código de Deontología en el capítulo IV sobre calidad de la atención médica’. Corresponde también a la Organización Médica Colegial promover, junto con la autonomía e independencia de sus miembros, una conducta deontológicamente correcta a lo largo de toda su actividad profesional e igualmente el conocimiento del código de deontología y su participación en la actualización periódica de sus contenidos.

Implicaciones en el quehacer diario

La necesidad de proteger la independencia y autonomía de la práctica médica del desinterés de posibles políticas sociales o de los abandonos económicos generadores de inequidad, o de los intereses económicos infinitos del ánimo de lucro, especialmente de los fondos inversores en el sector de la salud, obliga a respetar y exigir los mecanismos de autorregulación y control que la misma profesión ha de establecer. La regulación implícita al código de deontología prevé las



circunstancias que suponen desviaciones o abusos de la autonomía e independencia individual motivada por intereses o incompetencia. Así, la autorregulación constituye una herramienta para crear inteligencia clínica profesional y ética que beneficia a la par al paciente y a la buena práctica médica. En suma, no es posible entender y hablar de profesionalismo ni de valores y principios de los médicos sin las garantías de independencia y autonomía responsable de la profesión médica en su conjunto y de los individuos que la integran.

Consecuencias de su falta de consideración

La industria farmacéutica es meritoria cuando investiga y fabrica medicamentos de moderada o alta relevancia clínica a un precio socialmente justo. Pero no lo es cuando realiza funciones impropias, cuando exagera o sólo ofrece los resultados positivos de la investigación y minimiza los riesgos de sus medicamentos u oculta los resultados no favorables, cuando altera la lealtad del médico con su paciente, cuando fomenta la medicalización de los sanos, o dificulta la formación independiente y sólida de los médicos. El intento de control externo de la profesión médica por parte de intereses económicos especialmente promovido por la gran industria farmacéutica y tecnológica junto con la insaciable extensión de la asistencia sanitaria por las aseguradoras obliga a responder adecuadamente para evitar que el ejercicio profesional sea controlado y delimitado por ellas en pro de un mayor beneficio económico y de una práctica médica alejada de las respuestas profesionales para el mejor interés de los pacientes y de la sociedad.

Beneficios individuales y colectivos de su correcta observación

La medicina es una empresa moral, una profesión cuyos miembros disfrutan de autonomía e independencia profesional en tanto que adscritos a buenas prácticas clínicas y a un código deontológico que incluye un conjunto de principios de entrega al paciente, de respeto por los otros colegas y de honestidad e idoneidad profesional

La medicina es una empresa moral, una profesión cuyos miembros disfrutan de autonomía e independencia profesional en tanto que adscritos a buenas prácticas clínicas y a un código deontológico que incluye un conjunto de principios de entrega al paciente, de respeto por los otros colegas y de honestidad e idoneidad profesional. Estos principios son la base del profesionalismo médico y los fundamentos del contrato social entre la medicina y la sociedad. La dispersión de la regulación de los distintos aspectos vinculados a la práctica profesional en diferentes organismos y decisores dificultaría el tratamiento integral que debe tener todo el quehacer médico. Por eso, con la colegiación universal y la participación democrática de los médicos, organizada sobre las pautas del profesionalismo, funciona como un reaseguro de la calidad de atención de la población.



El control interno de la calidad incluye cuestiones tan relevantes como la certificación y la recertificación profesional que fueron aprobadas en la Asamblea General de la Organización Médica Colegial. A la certificación, realizada por los colegios, puesta en marcha desde hace más de una década y denominada 'validación periódica de la colegiación', más recientemente, en colaboración con las sociedades científicas, se le añade la recertificación de la competencia, realizada por las sociedades científicas a sus miembros. Tanto la validación periódica de la colegiación como la validación periódica de la colegiación con recertificación son mecanismos de control interno de la calidad de atención y de la buena práctica profesional cuyo desarrollo consideramos insuficiente en la actualidad.

Forma parte del mecanismo de control interno la aplicación adecuada de la innovación en la práctica clínica y la medicina preventiva fundamentada en la evidencia y en la relación costo-eficacia de las actuaciones médicas, y con ellas el debate, la discusión honesta y la propuesta de corrección de los conflictos de intereses de las innovaciones a la práctica de rutina. Igualmente, es necesaria la evaluación crítica de la valoración de las actuaciones de los médicos en los expedientes deontológicos. Nota destacada merecen las estrategias decididas para la comunicación de errores y procesos adversos.

Mensajes finales

La autonomía médica es una prerrogativa que la sociedad le confiere a la profesión, no al médico individual, ante lo cual la profesión en su conjunto

debe responder con una autorregulación eficaz basada en estándares obligatorios para todos.

La autonomía profesional y la independencia clínica del médico son elementos sustanciales para la mejor relación médico-paciente, para una buena práctica médica de las que depende el mejor servicio al paciente y a la sociedad.

No es posible entender y hablar de profesionalismo, ni de valores y principios de los médicos, sin las garantías de independencia y autonomía de la profesión médica en su conjunto y de los individuos que la integran.

Hoy, como siempre, los médicos deben seguir estableciendo o renovando sus mejores prácticas basadas en la evidencia disponible, mediante la revisión permanente de los mecanismos de autorregulación, entre los que destacan las guías de buena práctica y el sistema de acreditación profesional (validación periódica de la colegiación y validación periódica de la colegiación con recertificación).

Las actividades profesionales y las conductas de los médicos deben respetar siempre el código de deontología médica.

Bibliografía

Borracci RA, Mauro VM. El profesionalismo médico, los modelos de regulación y la autonomía profesional. *Revista Argentina de Cardiología* 2015; 83: 241-3.

Dodds TA. Richard Cabot: medical reformer during the progressive era (1890-1920). *Ann Int Med* 1993; 119: 417-22.

Guyatt G, Cairns J, Churchill D; Evidence-based Medicine



Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5.

Jonsen AR. A short history of medical ethics. New York: Oxford University Press; 2000.

Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002; 324: 886-91.

Organización Médica Colegial. Código de deontología médica. Madrid; 2011. URL: https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/basic-html/page-1.html#. [23.06.2019].

Organización Médica Colegial. Validación periódica de la colegiación. URL: https://www.cgcom.es/val_pc. [23.06.2019].

Organización Médica Colegial. Validación periódica de la colegiación. 2016. URL: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/vpc/files/assets/basic-html/page-1.html#>. [23.06.2019].

Autorregulación de la profesión médica: una actividad comprometida y nada fácil

ARCADI GUAL SALA



Arcadi Gual Sala

Ex Presidente de la Fundación Educación Médica, FEM
Director de SEAFORMEC

Nacido en Barcelona en 1950, es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona y doctor por la Universidad de Valladolid. Neurocientífico, es catedrático de Fisiología en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona. Su trabajo de investigación gira en torno al estudio de los quimiorreceptores arteriales, de los canales iónicos y de los mecanismos fisiopatológicos de la presión intraocular y el glaucoma. Su interés por la formación en ciencias de la salud le ha llevado a fundar la revista *Educación Médica* en el seno de la Fundación Educación Médica y a presidir el patronato de dicha fundación.

Sus primeros pasos académicos los realizó en la Universidad de Valladolid (1974-78), desde donde se trasladó a la University of Utah (1980-81 y 1982-84), hasta que organizó y puso en marcha el *Laboratori de Neurofisiologia* de la Universidad de Barcelona. En la actualidad es profesor de Fisiología y director del Departamento de Biomedicina en la Universidad de Barcelona y académico de número de la Real Academia de Medicina de Catalunya.

Su interés en la gestión de la educación médica le llevó a dirigir el Departamento de Educación Médica del Instituto de Salud Carlos III (2001-2004), a ostentar cargos en la dirección de la Sociedad Catalana de Educación Médica y en la Sociedad Española de Educación Médica), a dirigir durante más de 15 años la revista *Educación Médica* y a organizar durante casi 20 años encuentros temáticos de formación en ciencias de la salud en la Escuela de Salud Pública de Menorca; y en el profesionalismo médico ha generado numerosas colaboraciones con los colegios profesionales, con el Consejo General de Colegios de Médicos, así como con numerosas sociedades científicas y con la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas. Actualmente dirige el Consejo Profesional Médico Español de Acreditación para el DPC/FMC, conocido bajo el acrónimo de SEAFORMEC.

Publicaciones

Palés J, Cardellach F, Estrach MT, Gomar C, Gual A, Pons F, et al. Defining the learning outcomes of graduates from the medical school at the University of Barcelona. (Catalonia, Spain). *Med Teach* 2004; 26: 1-5.

Gual A, Oriol-Bosch A. La World Federation for Medical Education (WFME) auspiciadora de Educación Médica Internacional. *Educ Med* 2005; 8: 1-2.

Bruguera M, Gual A. Retos del desarrollo profesional continuado y la regulación de la profesión médica. *Educ Med* 2006; 9: 193-200.

Gual A. La responsabilidad del continuum educativo en la formación de los médicos. *Educ Méd* 2007; 10: 5.

Palés J, Gual A. Medical education in Spain: status and new challenges. *Med Teach* 2008; 30: 365-9.

Gual A, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A. Proceso de Bolonia (III). Educación en valores: profesionalismo. *Educ Med* 2011; 14: 73-81.

Gual A. Aprender a ser médico: una responsabilidad social compartida. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2012. p. 154.

Gual A. Regulación de la profesión médica. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2015. p. 148.

Palés J, Gual A, Escanero J, Tomás I, Rodríguez-de Castro F, Elorduy M, et al. Educational climate perception by preclinical and clinical medical students in five Spanish medical schools. *Int J Med Educ* 2015; 8: 65-75.

Palés J, Gasull X, Soto D, Comes N, Nolla-Domenjó M, Gual A. Introduciendo el profesionalismo médico en etapas precoces del currículo de medicina: un curso para alumnos de primer año del Grado de Medicina. *FEM* 2017; 20: 1-4.

Autorregulación de la profesión médica: una actividad comprometida y nada fácil

Definición y justificación de la autorregulación (médica)

Es la capacidad de la profesión médica de establecer normas/códigos de regulación que comprometen a todos sus componentes; ser responsable de las acciones y conducta de los médicos en relación con las normas/códigos autoimpuestos por la propia profesión.

Aunque sea conocida la diferencia entre ley y código, no está de más recordar, siguiendo a Victoria Camps, que la ley regula los deberes perfectos o públicos, universales y exigibles a toda la ciudadanía, y que, por el contrario, el código regula los deberes imperfectos o privados, que uno mismo o un colectivo se puede exigir, pero que no se pueden imponer a otros ni éstos te pueden exigir.

Que los médicos se autorregulen debe tener un criterio de consenso; de no tenerlo, hablaríamos de corporativismo

Además, que un colectivo, en este caso los médicos, se autorregule, debe tener un límite o, al menos, debe estar fijado por un criterio de consenso. De no tenerlo, se hablaría de corporativismo y no de autorregulación. Autorregularse no quiere decir que cada uno, cada colectivo, pueda actuar a su antojo; en una sociedad democrática, el que un colectivo se autorregule, el que un colectivo se dé reglas o establezca códigos propios, es socialmente aceptable siempre que los criterios y las políticas de dichos códigos se dirijan en pro del interés común. En esta ocasión, y muy especialmente, nos referimos al 'interés común' de los pacientes y por extensión al de la ciudadanía. Por supuesto, este principio general no debe impedir que dichos códigos faciliten la vida laboral de los propios médicos; el médico debe entender que las normas autoimpuestas no sólo no son un corsé, sino que le indican el camino que debe seguir y que, por tanto, le facilitan el trabajo.



La regulación de la profesión médica, el estado y la ciudadanía

A todos los niveles, y en el de la profesión médica en particular, se necesitan menos leyes y mayor autorregulación

Es preciso insistir en que no toda conducta puede ser regulada por ley. En nuestro entorno sociocultural, no sólo en España, los estados han avanzado y siguen avanzando en su capacidad reguladora, que en muchas ocasiones no parece tener límite. A diferencia de la cultura anglosajona, a nuestra sociedad civil le cuesta imponerse reglas o límites al margen del estado. Pero ¿es posible establecer reglas al margen del estado? ¿Cuáles son los límites? ¿Quién debe definirlos? La respuesta, en un entorno social democrático, parece sencilla: la propia ciudadanía. Es la sociedad civil la que debería trabajar tanto en pro de la autorregulación como en pro de la desregulación. La ciudadanía puede y debe consensuar normas de conducta y promover comités conjuntos que regulen (amigablemente) las actuaciones de dos o más colectivos. Nuestra convivencia debería estar regulada (autorregulada) más al detalle (por normas/códigos) que al por mayor (por leyes). A todos los niveles, y en el de la profesión médica en particular, se necesitan menos leyes y más autorregulación.

Es posible que la inclusión en esta monografía de la autorregulación como 'valor' del médico pueda

colisionar con quien considera la autorregulación no como un valor, sino simplemente como una responsabilidad de los profesionales. Incluso habrá quien califique la autorregulación como un 'privilegio', concepto que, entrados en el primer cuarto del siglo XXI, debería ser erradicado. Estas discrepancias hacen necesario manifestar con contundencia que en ningún caso autorregularse es un privilegio, y que debe considerarse más bien una responsabilidad, en ocasiones ingrata. Quizá autorregularse no sea en sí mismo un valor profesional, pero lo que sin duda es un valor del médico es asumir dicha responsabilidad. Su fin último, y de alguna manera en lo que se fundamenta su exigencia, no es otro que asegurar la mejor atención del paciente. Dado que el fin de la autorregulación es perseguir 'lo mejor para el paciente', y siendo su práctica difícil y arriesgada, se debe justipreciar la autorregulación como un valor del médico que es capaz de actuar siguiendo las normas de su código aun en situaciones que pueden no serle cómodas, pero siempre en beneficio del paciente. Es, sin duda, calificable de 'valor' el que el médico, individualmente, asuma en su práctica clínica el eslabón irremplazable que le corresponde en el proceso corporativo de autorregulación.

La autorregulación no es un 'valor', sino un proceso; lo que es un 'valor' del médico es asumir la responsabilidad de participar en la autorregulación colegial

La autorregulación no es, por tanto, un 'valor', sino un proceso; lo que es un 'valor' del médico es asumir la responsabilidad de participar en la autorregulación colegial.



La autorregulación en el seno de las profesiones

Si bien este capítulo no aborda el concepto de 'profesión', es difícil no referirse a dicho concepto en tanto que la autorregulación se da fundamentalmente en el marco de las profesiones y muy específicamente en el de la profesión médica. El papel de las profesiones en la sociedad puede tener diferentes interpretaciones, aunque aquí se contemplará la que seguramente es la más tradicional: la 'interpretación funcionalista'. Es cierto que la sociedad requiere los servicios que ofrecen los profesionales (salud, justicia, educación, equidad, o incluso religión), pero también demanda ser protegida de los charlatanes que no poseen la pericia que pregonan o de los que abusan de su conocimiento y posible monopolio. Por ello es necesario que los profesionales se constituyan en grupo, en un organismo profesional, asumiendo la responsabilidad de registrar a sus miembros, evaluarlos si es el caso y expedientar a los responsables de un ejercicio negligente de la profesión; el cuerpo profesional, el colegio médico, debe proteger a la ciudadanía tanto de los no cualificados como del abuso por parte de sus propios miembros.

Esta interpretación funcionalista de las profesiones hace emerger entre otros dos elementos necesarios de ellas: la existencia del grupo, el colegio en el caso de la profesión médica, y la autorregulación como un elemento consustancial para ejercer su función, que nos es otra que la protección del ciudadano y, si es el caso, del paciente.

Ámbito en el que se desarrolla el valor de la autorregulación

De los tres grupos de valores que conforman esta monografía (valores del médico como persona, valores del médico como médico y valores de la profesión), la autorregulación figura en el tercero de ellos, el de los 'valores de la profesión' que debe asumir el médico. Por tanto, se podría decir que la autorregulación es un valor que al médico le viene impuesto y que debe asumir si quiere formar parte del gremio, del grupo, de la corporación. En nuestro entorno, este colectivo no es, ni más ni menos, que las organizaciones médicas colegiales, esto es, los colegios de médicos y su consejo general.

La estructura profesional, el 'Colegio', es sin duda garante de velar por la excelencia moral de sus miembros. No solo es responsable de vigilar dicha excelencia moral sino también de educar a sus miembros en dicha excelencia. Y la excelencia no la buscan las instituciones, sino que y fundamentalmente la deben buscar quienes la practican, los profesionales. Las corporaciones deben ayudar a los profesionales proporcionándoles señas básicas del camino que han de transitar en la búsqueda de la excelencia (Tabla 1).



Tabla 1. Indicios o señas para el tránsito del médico hacia la excelencia moral

<p>Autoexigencia ética:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Búsqueda de la excelencia profesional – Espíritu de servicio (anteponiendo el interés del paciente al del propio médico) – Reconocimiento de la autonomía y derechos del paciente/ciudadano – Compasión (sentir compasión exige un verbo transitivo, <i>hacer algo</i>; no se trata solo de <i>'sufrir con el doliente'</i> sino fundamentalmente de <i>'mejorar su dolor'</i>)
<p>Sentimiento de grupo (estructura corporativa)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Normas propias de conducta / Código deontológico – Autorregulación / Garantía de calidad (ISO)
<p>Conocimientos específicos (de alta complejidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Autonomía en el ámbito laboral
<p>Reconocimiento social (valor percibido de servicio por y para la sociedad; su falta o su pérdida podría indicar una pérdida de excelencia moral)</p>

Componentes de la autorregulación

La propia definición de autorregulación pone de manifiesto dos componentes. El primero (capacidad de establecer normas de la profesión médica) se plasma fundamentalmente en el código deontológico, e incumbe definirlo, redactarlo y controlar su cumplimiento a la propia corporación, que se encarga de definir, modificar y actualizar las normas que el grupo (el colegio)

se da a sí mismo. Sin embargo, el segundo componente de la definición (ser responsable de las acciones y conducta de los médicos en relación con las normas/códigos autoimpuestos) afecta también a la corporación, pero, y muy específicamente, afecta a cada uno de los médicos que forman parte de la corporación (del colegio), a todos y cada uno de los médicos de manera individual y particular. Es el equipo de gobierno colegial el que finalmente ejerce la capacidad sancionadora de una propuesta/denuncia concreta. Pero no es la corporación en abstracto, ni es el equipo de gobierno del colegio, quien despliega una vigilancia policial sobre el cumplimiento de las normas deontológicas. Es responsabilidad de cada uno de los profesionales la de estar atentos a cómo actúa, trabaja, atiende, cuida o cura un compañero, un médico. Si nuestro hijo o hija, si nuestra esposa o esposo, obran incorrectamente, ¿no les corregimos?, ¿no les indicamos cómo deben hacer tal o cual cosa?, ¿no es nuestra obligación ayudarles? Pues bien, si nuestro compañero, nuestro hermano o hermana de profesión, tiene algún problema, ¿no se merece también nuestra ayuda?

Es responsabilidad de todo titulado en medicina, una vez comienza su ejercicio profesional, plantearse qué representa la autorregulación en el día a día de su práctica. Para dar respuesta a esta cuestión debe, en primer lugar, reflexionar sobre si su actividad se ajusta a los códigos a los que se ha comprometido y, en el caso de que no se ajusten a derecho, deberá poner remedio cuanto antes. Pero esto no es todo. Es también responsabilidad de todo médico observar en su entorno si los compañeros ejercen y están comprometidos con las normas y códigos de su corporación. La administración, en general, y la sanitaria, en particular, entienden que alguien



que tenga el título de médico es médico. Sin embargo, la corporación profesional (el grupo, el gremio, el colegio) no puede limitarse a aceptar el título (la credencial, el cartón) de médico para decidir si se le admite o no en el grupo. Si se dispone de la credencial de médico, pero no se actúa adecuadamente porque no se aplica de forma correcta el arte y los conocimientos de la profesión, ya sea porque se exigen contrapartidas desproporcionadas, porque no se actualizan los conocimientos o porque no se respeta ni se cuida al paciente, la corporación podrá dictaminar que, aunque se posee el título formal de médico, el que así actúa no forma parte del colectivo, no es de los nuestros. Seguir siendo de los nuestros no es gratuito. Exige formación, respeto y compromiso.

Si se dispone de la credencial de médico, pero no se actúa adecuadamente, la corporación podrá dictaminar que el que así actúa no forma parte del colectivo, no es de los nuestros

¿Cómo somos nosotros los médicos? Al hilo de la tabla 1, se podría decir que los médicos disponen de conocimientos específicos de alta complejidad, que muestran espíritu de servicio y buscan la excelencia (la excelencia se 'busca', se persigue; la excelencia no es una quimera inalcanzable para muchos, el valor de un profesional está en buscar el camino de la excelencia, de formarse cada día, de mantener la competencia), que cumplen con los códigos de su corporación profesional y que anteponen el bien del paciente como premisa de cualquier actuación. Pero ¿qué pasa si un médico no se forma, no actualiza sus competencias, no atiende bien al paciente, no cura ni cuida como debería hacerlo? Me refiero a qué pasa si yo soy

consciente de que un compañero incumple con sus deberes profesionales. Lo diré de otro modo. ¿Qué pasa si soy consciente de que un médico no es de los nuestros? ¿Debo callar? ¿Esperar a ver qué pasa? ¿Mirar a otro lado? ¿Suponer que alguien hará algo? ¿O debo proteger al compañero? Se podría argumentar a favor o en contra de cualquiera de estas actitudes si no existiera un perjuicio para un tercero, el paciente. Por ello, frente a una situación en la que esté comprometida la atención de un paciente, alguien ha de levantar la voz para decir: tú no actúas de acuerdo con nuestro código, tú no eres de los nuestros. Esto es implicarse en el proceso de la autorregulación profesional.

¿Qué pasa si soy consciente de que un médico no es de los nuestros? ¿Debo callar? ¿Esperar a ver qué pasa? ¿Mirar a otro lado? ¿Suponer que alguien hará algo? ¿O debo proteger al compañero?

La cuestión relevante es que entre las responsabilidades del *Código de deontología médica* y también en el *Buen quehacer del médico* se encuentran dos acciones, una relativamente fácil y otra siempre difícil. La primera no es otra que identificar las conductas profesionales de compañeros que no se ajustan a los códigos que la propia corporación profesional ha establecido. La segunda, la difícil, es, frente a las conductas antiprofesionales detectadas, actuar. ¿Qué hay que hacer al reconocer en un compañero algún tipo de mala praxis? Sería fácil, pero erróneo, plantear la cuestión en términos negativos, es decir, acusar al compañero. Sin embargo, no se trata de acusar, sino de proteger al paciente y, además, de mantener y consolidar la reputación de la corporación profesional.



Al mismo tiempo, de forma genérica, se debe promover el mejor desarrollo profesional de todo médico. Todas ellas son acciones positivas que requieren activismo político para estimular el buen desarrollo profesional del médico.

No se puede ser ajeno a la complejidad que representa implicarse en el proceso de la autorregulación médica. Ya se ha expuesto que no se trata de acusar, sino de buscar el mejor camino para poner remedio. No podemos perder de vista que el motor del proceso no es otro que el bienestar del paciente. El 'acusica' nunca ha tenido buena prensa y tampoco debe reivindicarse en este proceso. Los pasos que hay que dar, más o menos modulados por las diferentes circunstancias y por la gravedad de la situación concreta, seguirán siempre el mismo esquema genérico: primero hablar con el compañero y después, si no se resuelve el problema, se iniciarán otras acciones, ya sea consultar con el colegio o consultar con otros compañeros o superiores de su actividad clínica (el jefe de servicio o el que corresponda). En último lugar, cuando han fracasado todas las vías, deberá ser la autoridad sanitaria, la dirección del centro, de la institución, etc., la que afronte el problema. Para todos los intervinientes, la cuestión no es sancionar al médico, sino ofrecerle con la mayor celeridad el mejor remedio posible.

**Tanto el médico como el colegio
deben adquirir mayor visibilidad como
defensores de la calidad de la atención
sanitaria**

En este sentido, tanto el médico como la corporación (el colegio) deben adquirir mayor visibilidad como defensores de la calidad de la

atención sanitaria que prestan los médicos. No es cuestión sólo de la institución, de la gerencia, de la dirección, de la administración sanitaria, de los políticos. La cadena de la calidad empieza en el propio médico. Hoy las normas sobre el control de calidad han florecido en todas las instituciones. El concepto 'control de calidad' es ampliamente reconocido, defendido y aceptado. Sin embargo, el proceso de autorregulación, que no es más que una forma de 'control de calidad', no se visualiza con entusiasmo. Asumir esta responsabilidad no genera arrebatos. Por ello, los responsables del colectivo, los colegios, deben trabajar en pro de que la implicación del médico en la autorregulación sea fácil, factible, no genere tensiones y demuestre que se buscan soluciones que satisfagan al médico, a la institución y siempre beneficien al paciente.

Bibliografía

- Aristóteles. *Metafísica*. Madrid: Gredos; 1998.
- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Constitucionales; 2002.
- Camps V. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Crítica; 2001.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Código de deontología médica*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2017.
- Cortina A. Valores morales y comportamiento social. En *El siglo XX: mirando hacia atrás para ver hacia delante*. Papeles de la Fundación 2001; 60: 319-45.
- Gual A, Monés J, coord. *El buen quehacer del médico*. 3 ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2017.
- Monés J. *Manual de ética y deontología médica*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2012.
- Perks RW. *Accounting and society*. London: Chapman & Hall; 1993.



— 16 —

Compromiso

ANTONIO OTERO RODRÍGUEZ



Antonio Otero Rodríguez

Ex Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid

Miembro de la Comisión Central de Bioética de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León
Concejal de Salud Pública y Seguridad Ciudadana del Ayuntamiento de Valladolid

Nacido en Cangas del Narcea, Asturias, en 1957, es médico por la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Fue médico del EAP La Victoria de Valladolid (1987-1998), y Desde 1998 hasta junio de 2019, lo fue en el EAP de Gamazo de Valladolid.

Fue vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) de 2004 a 2008, codirector del Instituto de bioética y humanidades médicas de la Fundación SEMERGEN de 2008 a 2010, presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Valladolid de 2010 a 2018 y miembro de la Comisión Central de Bioética de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León de 2016 a 2019.

Es académico corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid desde 2009.

Tiene numerosas publicaciones y ha participado en mesas redondas como ponente y conferenciante sobre asuntos relacionados con la medicina clínica desde el ámbito del primer nivel de atención, la gestión sanitaria, la ética y las humanidades médicas.

Publicaciones

Otero JA. No hay día que no reniegue de la profesión. Revista Médica 2014; 182. <http://www.rmedica.es/edicion/182/jose-antonio-otero> [Fecha de última consulta: 29.08.2019].

Otero JA. Me pongo donde se me espera. En VPC Validación Periódica de la Colegiación. Valencia: COMV; 2016. p. 3.

Otero JA. Editorial. Axis, Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid 2016; Julio: 3.

Otero JA. Cuando ya sabemos las respuestas nos cambiaron las preguntas. Último Cero; 2017. <https://ultimocero.com/opinion/2017/06/30/cuando-ya-sabiamos-las-respuestas-nos-cambiaron-las-preguntas/> [Fecha de última consulta: 29.08.2019].

Compromiso

¿Es acaso el compromiso una cuestión optativa para los médicos?

No se le pasó por la cabeza al Dr. Rieux (*La peste*, de Albert Camus) abandonar la ciudad de Orán cuando empezaron a morir los primeros afectados. Entendía el compromiso como la disposición a compartir la enfermedad, el dolor y la muerte. ‘Amar o morir juntos, no hay otra solución’, reflexionaba mientras escuchaba en la radio las muestras de apoyo de otras ciudades.

Definición

Entendemos por compromiso una obligación contraída, una palabra dada, un contrato, un deber, una confianza; aunque también puede significar una situación difícil o incómoda, en este documento nos referiremos sólo a las primeras acepciones.

Todos los valores reseñados en las páginas anteriores están relacionados con éste; no son más importantes unos que otros, sino que todos conforman el significado de ser médico: responsabilidad, honestidad, lealtad, integridad, honradez...

El informe elaborado por la Fundación Educación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de 2006, titulado *Ser médico, hoy*, enumera el compromiso como uno de los valores propios de la profesión, unido al altruismo, la disciplina y la eficiencia.

Antecedentes históricos

Desde hace muchos siglos la palabra compromiso ha estado muy cerca del ejercicio de la medicina

Desde hace muchos siglos, la palabra compromiso ha estado muy cerca del ejercicio de la medicina.

Se le adjudica a Maimónides, médico cordobés, que ‘la medicina es arte y ciencia, pero, sobre todo, es un compromiso personal’. Por otra parte, durante muchos siglos ha tenido vigencia el juramento hipocrático, y los médicos, conociendo su gran antigüedad, nos hemos sentido orgullosos por ser reconocidos en él. Recoge el compromiso que adquirimos con maestros, colegas y pacientes de mantener la confidencialidad, hacer el bien y evitar la cirugía cuando no esté indicada.



Declaración de la Asociación Médica Mundial

Más actual y adecuada a la sociedad contemporánea es la llamada Declaración de Ginebra, aprobada por la Asociación Médica Mundial en 1948, poco después de acabar la Segunda Guerra Mundial, y revisada posteriormente en varias ocasiones, la última de las cuales en 2017, en su asamblea general celebrada en Chicago. Empieza diciendo en su primer punto:

- 'Como miembro de la profesión médica me comprometo solemnemente a dedicar mi vida al servicio de la humanidad'.

Y continúa:

- 'La salud y el bienestar de mi paciente serán mi primera consideración.
- Respetaré la autonomía y la dignidad de mi paciente.
- Mantendré el máximo respeto por la vida humana.
- No permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, posición social o cualquier otro factor puedan intervenir entre mi deber y mi paciente.
- Respetaré los secretos que se me confían, incluso después de que mi paciente haya muerto.
- Practicaré mi profesión con conciencia y dignidad y de acuerdo con una buena práctica médica.
- Fomentaré el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.

- Brindaré a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que les corresponde.
- Compartiré mi conocimiento médico para el beneficio del paciente y el avance de la atención médica.
- Atenderé a mi propia salud, bienestar y habilidades para brindar el cuidado del más alto nivel.
- No utilizaré mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades civiles, incluso bajo amenaza.
- Hago estas promesas solemnemente, libremente y por mi honor'.
- 'Me comprometo y hago estas promesas', así empieza y acaba esta declaración. En ella queda explícito nuestro compromiso con el paciente, con la profesión médica y con la sociedad en general, como depositarios y administradores de recursos de todos, que en absoluto son ilimitados. Se añade también un último compromiso con el empleador en sentido genérico.

Se trata de un contrato moral implícito que se establece entre el profesional y la sociedad, por el cual el médico presta sus servicios basándose en una relación personalizada, de confianza y respeto mutuo con el paciente.

La crisis actual

La conversión del médico en profesional asalariado por cuenta ajena, unida al control burocrático de las organizaciones sanitarias y a la constante presencia de directivas políticas, pone en peligro el mantenimiento de esos compromisos.



Según nos indica Smith en un artículo en el *British Medical Journal* de 1998, la sociedad ha otorgado unos privilegios a la profesión médica, como son el prestigio social y la capacidad de autorregulación, a cambio del compromiso con la competencia técnica y los valores profesionales.

Los médicos podemos considerar que cumplimos en gran medida nuestros compromisos, pero que la sociedad lo hace sólo parcialmente, pues, aunque manifiesta altos niveles de satisfacción respecto a nuestra profesión, no ha legislado los mecanismos que la autorregulan, para permitirlos, solicitarlos o exigirlos. En efecto, el estado de derecho no había visto necesario tratar estas cuestiones hasta que el Consejo General de Colegios de Médicos presentó su proyecto de validación periódica de la colegiación y recertificación; proyecto que, como era de esperar, está teniendo un recorrido excesivamente lento.

En opinión de Manuel del Castillo, en una tribuna publicada en *Diario Médico* en mayo de 2008, el reto actual de los médicos y de las organizaciones sanitarias está en compatibilizar los sistemas de gestión de la empresa moderna con el mantenimiento del profesionalismo, si queremos que el ejercicio de la medicina siga siendo una profesión y no un oficio.

La determinación como valor asociado

Estar decidido a cumplir estos compromisos es condición necesaria para que no queden en papel mojado, evitando que a nivel personal o, de la

profesión en general, veamos disminuido nuestro crédito y prestigio.

El tratamiento del paciente es mucho más efectivo si éste siente que el médico tiene la determinación de compartir con él su enfermedad

El tratamiento del paciente, sea cual sea la especialidad de cada uno, es mucho más efectivo si éste siente que el médico tiene la determinación de compartir con él su enfermedad; determinación que precisa valor y coraje para compartir la ansiedad, el dolor o el miedo a la muerte.

Conclusiones

Por todo ello, debemos respetar nuestro compromiso para mantener una elevada competencia profesional, mejorar la calidad asistencial, facilitar el acceso a la atención médica, lograr una distribución justa de los recursos, ser honestos con los pacientes, fomentar el conocimiento científico, cuidar la confianza y tener una actitud clara ante los conflictos de intereses; y, por último, comprometernos también a participar en los diversos órganos de decisión para contribuir a que los objetivos de las organizaciones sanitarias respondan a las necesidades de las personas.

Para que estos compromisos sean más fáciles de asumir y de poner en práctica por parte de los médicos, es necesario que las demás instancias, sobre todo las administraciones sanitarias



públicas y los demás empleadores, cumplan lo que les corresponde. En concreto, facilitar a los profesionales sanitarios los tres objetivos siguientes: primero, dotarles de autonomía para que tomen las decisiones clínicas, organizativas y de gestión acordes con sus compromisos; segundo, disponer de los recursos necesarios para la mejor atención a los pacientes; y tercero, retribuirles de acuerdo con su nivel de responsabilidad, dedicación y resultados.

Cuando un paciente entra a tu consulta y te comenta su problema de salud, sabe que le estás diciendo que puede confiar en ti. Ése es el compromiso.

Bibliografía

Asociación Médica Mundial (WMA). Declaración de Ginebra. URL: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-ginebra/>. [17.05.2019].

Camus A. La peste. Barcelona: Edhasa; 2015.

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Ser médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España; 2006.

Del Castillo M. Tribuna. Diario Médico, 2 de mayo de 2008.

Smith R. Renegotiating medicine contract with patients; the GMC is leading the way. BMJ 1998; 316: 1262-3.











OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

