

# Profesionalidad y *professionalism*: fundamentos, contenidos, praxis y docencia



Francesc Borrell-Carrió<sup>a</sup>, Ronald M. Epstein<sup>b</sup> y Hèlios Pardell Alentà<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Ciencias Clínicas. Universitat de Barcelona. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. CAP Cornellà. Institut Català de la Salut (ICS). Cornellà de Llobregat. Barcelona.

<sup>b</sup>Family Medicine and Psychiatry. Research in Family Medicine. Education Evaluation and Research. School of Medicine and Dentistry University of Rochester. Rochester. EE.UU.

<sup>c</sup>Consejo Catalán de Formación Médica Continuada. Barcelona. SEAFORMEC. Madrid. Comisión de Acreditación Colegial. Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. Barcelona. España.

«Donde hay amor al hombre, hay amor al arte.»  
Corpus Hippocraticum (precepto 6)

## Profesionalidad (*professionalism*), ¿qué es?

La palabra inglesa *professionalism* designa un movimiento de carácter ético que se origina en ámbitos académicos de EE.UU. en la década de los años ochenta del siglo xx y por el que se definen los rasgos esenciales del buen hacer de la profesión médica. Abarca aspectos como la reflexión sobre los valores de la profesión, la actuación (praxis) profesional correcta y las implicaciones curriculares en pregrado y posgrado. En el presente artículo se traduce el término como «profesionalidad» e «integridad profesional» (1) y se pretende acercar al médico español los planteamientos teóricos y prácticos de este importante movimiento, con la finalidad de estimular un debate que juzgamos imprescindible.

## ¿Cuáles son las raíces históricas del concepto de integridad profesional?

El interés por un trato humano y humanizador del médico y de la medicina está presente en todas las épocas y circunstancias, y por ello el Juramento Hipocrático debe considerarse uno de los primeros documentos que versan sobre la integridad profesional. El Juramento parte de un esquema paternalista, con una clara apuesta beneficiante y a favor del secreto médico. Siguiendo a Gracia<sup>1</sup> diremos que la tesis del Juramento «es que los profesionales tienen que aspirar a la excelencia», y en este sentido está en plena sintonía con el *professionalism*. En los textos tardíos del *Corpus Hippocraticum* (*Sobre el médico* y *Sobre la decencia*), se invita a los médicos a vestir con decencia, ser honestos, tener un trato humanitario y ser siempre dueños de nosotros mismos<sup>2</sup>. El siguiente fragmento, que se refiere a las cualidades del médico, afirma que debe ser «serio sin rebusca-

miento, severo en los encuentros, pronto en las respuestas, difícil en la contradicción, penetrante y conversador en las concordias, moderado para con todos, silencioso en la turbación, resuelto y firme para el silencio, bien dispuesto para aprovechar la oportunidad, [...] declarando con su discurso [...] todo lo que ha sido demostrado» (*Sobre la decencia*, 3). La sociedad de la Grecia clásica era profundamente clasista, tendencia que se mantuvo durante la Edad Media (como atestiguan las *Cautelae Medicorum* de Arnaldo de Vilanova), aunque con un giro para nada baladí: la caridad cristiana. La caridad cristiana no debe entenderse meramente como compasión, sino también como deber, tal como refleja la regla benedictina de dar asistencia sanitaria a cualquier enfermo «como si en verdad se prestase al mismo Cristo»<sup>3</sup>. Todos somos poseedores de un alma que nos iguala en el más allá. En la concepción kantiana, el ser humano es un fin en sí mismo y, por ende, no sólo poseedor de honor (atributo del poderoso), sino también de dignidad (que posee todo ser humano). Las instituciones de la sociedad burguesa del siglo xix se secularizan, y sobre un fondo moral que continúa siendo clasista y paternalista nace una forma de mirar de tipo naturalista que objetualiza al paciente. Ello permite la práctica sistemática de autopsias y el asentamiento del método científico. No debe confundirse esta opción naturalista con un mal trato al paciente, pues –como apunta Laín Entralgo– es perfectamente compatible con una filantropía que puede ser «amistad o simple camaradería»<sup>4</sup>. Por otro lado, la profesión se entiende como ejercicio liberal, y así viene recogido en el primer gran código de ética médica, el *Medical Ethics* de Thomas Percival (1803).

## ¿Cuáles son los contenidos de la profesionalidad?

Una de las definiciones más difundidas la proporciona el American Board of Internal Medicine, que define *professionalism* como un «conjunto de principios y compromisos» para mejorar los resultados en salud del paciente, maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo<sup>5</sup>. Un resumen algo más extenso puede encontrarse en la tabla 1<sup>5-7</sup>. Otras veces se prefiere una definición basada en las prácticas no profesionales que deben evitarse, como, por ejemplo, conductas de riesgo en la prescripción de tratamientos, razonamiento diagnóstico inapropiado o empobrecido, sugerencias eróticas o propuestas sexuales en el seno de una relación terapéutica, drogadicción, etc. Detrás de estas conductas pueden haber problemas de personalidad, deficiencias cognitivas, falta de motivación, prácticas adictivas, conflicto de intereses, ambiciones crematísticas o una débil conformación ética, entre otras posibilidades.

(1) La traducción de *professionalism* por «profesionalidad» no contempla el componente de corriente de opinión que tiene este término en su acepción original. Sin embargo, aún no existe suficiente consenso social para usar el término «profesionalismo», palabra que aparece en el Diccionario de Uso del Español de María Moliner en una acepción más bien negativa. Por ello, en ocasiones usamos en el texto el término inglés.

Correspondencia: Dr. F. Borrell-Carrió.  
CAP Cornellà. Institut Català de la Salut (ICS).  
Bellaterra, 39. 08940 Cornellà de Llobregat. Barcelona. España.  
Correo electrónico: 12902fbc@comb.es

Recibido el 16-2-2006; aceptado para su publicación el 15-3-2006.

TABLA 1

**Aspectos clave del profesional**

- Compromiso con la competencia profesional. Privilegio de disponer y mantener estándares de calidad de los que poder rendir cuentas tanto a nivel particular como a nivel de equipo y de la profesión en su conjunto
- Compromiso de ser honestos con el paciente. Firme adhesión a un código de valores morales. Mantener la integridad profesional de naturaleza moral y colegiada y estar dispuesto a rendir cuentas de ello
- Deber de confidencialidad. Evitar conflictos de intereses y saber marcar límites
- Deber de mantener una relación adecuada con los pacientes. Sentirse obligado o emocionalmente impelido a actuar en el mejor beneficio del paciente, en la línea del juramento hipocrático o con sus equivalentes modernos. Respecto a las características personales y biográficas del paciente
- Comprometerse personalmente en el cuidado del paciente. Capacidad de perdonar. Poner el paciente «en la propia agenda», como una preocupación «personal»
- Compromiso de mantener una mejora en la accesibilidad a los cuidados de salud. Colaborar en la mejora del acceso de la población al cuidado profesional y a la distribución justa de recursos. Toma de decisiones a favor del paciente y de la sociedad con plena libertad.
- Compromiso de distribuir unos recursos escasos de manera justa entre la población
- Actitud empática, comprensiva y compasiva. Favorecer la autonomía del paciente. Preocupación por el bienestar de los demás, lo que conduce a situar las necesidades del paciente por delante de las propias. Reconocer y respetar la pericia profesional de otros colegas y trabajar con ellos en interés de los pacientes
- Obligatoriedad de usar la propia pericia profesional en beneficio de la sociedad y el bien común, y poder rendir cuentas de ello
- Compromiso en conocer, crear y usar el conocimiento científico. Saber y mantener los conocimientos y habilidades relevantes de la práctica médica
- Conocer nuestros puntos fuertes y débiles. Ser prudentes a la hora de aplicar técnicas o terapias, *primum non nocere*
- Compromiso de mantener la confianza del paciente y de la sociedad y resolver conflictos. Tener una actitud abierta ante las críticas y una actitud comprensiva y flexible con la discrepancia
- Compromiso con las responsabilidades profesionales. Actuar para el bien público, de conformidad con los derechos humanos del paciente, colegas y sociedad

Elaboración a partir de las referencias 5-7.

**¿Tiene la profesionalidad alguna repercusión práctica sobre nuestro trabajo cotidiano?**

El *professionalism*, como corriente de opinión para una práctica profesional íntegra, podría parecer al médico práctico algo apartado de su realidad. Sin embargo, a diario el médico afronta situaciones que ponen a prueba su temple profesional, como queda reflejado en la tabla 2. En todos los casos en ella descritos emergen situaciones presididas por la incertidumbre, emociones conflictivas o ambivalentes, lealtades compartidas, errores clínicos o falta de conocimientos, con la consecuencia de poner en jaque la imagen que tenemos de nuestra valía profesional, no tanto en el plano técnico como en el humano. El aprendizaje más doloroso de la profesionalidad es percibir que hemos de cambiar de manera continuada nuestra forma de reaccionar y sentir. Con el paso del tiempo tendemos a fosilizar y simplificar nuestros modelos de respuesta a las situaciones conflictivas o dilemáticas<sup>8</sup>. Indudablemente, disponer de determinadas reglas de acción aún más, el hecho de habernos formado en la resolución de conflictos y en la comunicación humana ayuda mucho. Sin embargo, la diferencia entre ser un buen negociador o ser un buen profesional estriba en que el segundo aplica las técnicas de negociación a partir de un juicio informado por la virtud. En este juicio nuestras reaccio-

TABLA 2

**Retos cotidianos a nuestra profesionalidad: algunas situaciones**

- ¿Cómo debo gestionar el escaso tiempo de que dispongo para la atención de los pacientes en régimen de consulta externa?
- ¿Cuándo debo dar por acabada una entrevista, aunque el paciente desee proseguirla?
- ¿Qué debo hacer cuando me encuentre tan cansado que no sea prudente realizar un determinado acto quirúrgico?
- ¿Cómo mostrarme seguro de las recomendaciones que doy sin llegar a ser coactivo?
- ¿Hasta qué punto debo facilitar al paciente que acceda a cierto grado de invalidez si yo mismo no estoy seguro de que sea acreedor de dicho grado?
- No estoy muy seguro de este diagnóstico... ¿debería saberlo el paciente?
- ¿Hasta qué punto debo preocuparme de un paciente que él mismo no se preocupa por su salud?
- ¿Debo poner en conocimiento de la dirección del centro la percepción de que un compañero maltrata verbalmente a los pacientes? ¿O de que probablemente es alcohólico?

nes emocionales, la herencia buena y mala que nos llega de nuestro equipo e institución y la inercia de nuestras propias costumbres quedan atemperadas por una reflexión sobre los fines de la medicina y el bien común. Por ello, formarnos en profesionalidad es algo más que formarnos en técnicas de comunicación o resolución de conflictos, y también supera el horizonte de los códigos de buenas conductas. Ante una situación conflictiva, el profesional tiene que aprender a escuchar sus propias emociones, aminorar aquellas reacciones negativas, sobre todo si le impiden razonar con claridad, demorar la resolución de casos clínicos poco claros, ponderar los escenarios que cada posible respuesta abre ante sí y escoger la más beneficiosa para el paciente y la comunidad a la que sirve. Profesionalidad, entendida así, equivale por consiguiente a educación en valores, pero siempre informados por la *phronesis*, lo que Aristóteles entendía por «recto juicio».

**¿Cuáles son los pilares de una práctica profesional basada en la integridad profesional, y cuáles son las principales dificultades para su puesta en práctica?**

Integridad profesional, por consiguiente, es mucho más que vestir de manera decorosa o ser amable en el trato. He aquí 3 aspectos relevantes de su práctica:

1. *Hábitos inteligentes*. Por un lado, se expresan en la actividad diaria como un conjunto de hábitos de trabajo, entre los que destacaríamos los sintetizados en la tabla 3<sup>9-11</sup>.

2. *Esfuerzo continuado de renovación*. Estos hábitos de trabajo nada son sin el esfuerzo continuado, diario y renovado para reflexionar sobre nuestra propia conducta y nuestro grado de excelencia. ¿Estudiamos y nos formamos de manera suficiente? ¿Nos arredran determinadas situaciones clínicas y dejamos que sea otro profesional quien nos saque las castañas del fuego?

3. *Amistad médica*. Finalmente, la integridad profesional es una expresión de la amistad médica, pero ¿tenemos y manifestamos en verdad este sentimiento hacia los pacientes, no sólo como empatía «técnica», sino también como un interés personalizado?

En una primera lectura podríamos visualizar la profesionalidad como una carga intolerable para el médico práctico. Demasiados retos y muy profundos. Sin embargo, añadamos algo obvio: estos retos no son nuevos ni los ha inventa-

TABLA 3

**Los hábitos de una práctica profesional madura**

Hábitos de comunicación y relación humana (con el paciente, familiares del paciente, colegas, subordinados y jefes de tipo institucional):

Hábitos de «superficie»:

Cordialidad, calidez, respeto

Hábitos profundos:

Capacidad para templar la propia ansiedad y/o los altibajos en nuestro estado de ánimo. Tener paciencia y, derivada de ella, empatía y compasión

Capacidad para complementar el trabajo de otros compañeros de equipo. Percepción del «otro» como persona

Compromiso con la evolución clínica del paciente y *su sufrimiento*

Hábitos de trabajo

Máxima eficacia con el mínimo esfuerzo. Conocer nuestra respuesta al estrés y adaptarnos a nuestro perfil de rendimiento

*Primum non nocere*: minimizar los riesgos inherentes a cada especialidad médica aunque ello nos reporte incomodidades

Aprender de la práctica. Observarnos críticamente mientras actuamos

Aprovechar los problemas cotidianos para ampliar conocimientos o habilidades. Explorar nuevas y más eficaces maneras de actuar

Curiosidad profesional. Interesarnos por el paciente en tanto persona

Decisión reflexiva: «¿Es ésta la mejor opción de las varias posibles?»

Tolerar la ambigüedad y gestionar la incertidumbre. Conocer nuestros propios sesgos de percepción y decisión

Subordinar las categorías diagnósticas a una consideración biopsico-social del paciente

Hábitos de reflexión y estudio

Contemplar la situación clínica desde la perspectiva del paciente

Contemplar los problemas clínicos desde la perspectiva del aprendiz

Dejarnos sorprender y reconocer cuando estamos perplejos

Preguntarnos de vez en cuando: «¿Estoy haciendo todos los procedimientos debidos y conforme a la *lex artis*?», «¿Cómo influye el conocimiento (y prejuicios) que puedo tener de este paciente?», «¿Qué puedo estar asumiendo relativo a este paciente que puede no ser verdad?», «¿Algo interfiere con mi capacidad de estar concentrado y hacer las tareas de anamnesis y exploración física?», «¿Estoy suficientemente *presente* y bien predispuesto ante este paciente?», «¿Qué diría un buen clínico de esta entrevista que estoy realizando?», «¿Existe algún dato relevante que esté omitiendo, o alguna cuestión ética?»

Estudiar de manera periódica sobre *todos* los aspectos que conciernen a nuestra práctica clínica (no sólo los que nos dan prestigio)

Elaboración propia a partir de las referencias 9-11.

do el discurso de la profesionalidad. Estaban ya implícitos en el Juramento Hipocrático y los médicos siempre hemos sabido que eran la sustancia de nuestro quehacer. Prestémonos por consiguiente a analizar los obstáculos para la práctica de la profesionalidad.

**Barreras a la creación y aplicación de hábitos inteligentes**

Son de 2 tipos. Por un lado, institucionales. Los sistemas nacionales de salud (SNS) no saben realizar una gestión «fina» de la presión asistencial, con mayores cargas sobre los profesionales más eficientes y de mayor prestigio. Estos profesionales no reciben una compensación suficiente por este plus de trabajo, por lo que algunos optan por contrapesar su prestigio con un trato poco cordial, o se refugian en un estilo distante y técnico. En segundo lugar, falta una tecnología «blanda», basada en un diseño ergonómico de los lugares de trabajo, agendas que respeten tiempos mínimos para la atención del ciudadano, técnicas de aprendizaje «para la acción»<sup>12</sup>, técnicas psicológicas para la gestión del cansancio y ayudas informáticas en el mismo instante en que el médico utilice la historia clínica electrónica, por ejemplo, para detectar interacciones, abrir el espectro de diagnóstico diferencial o advertir de tareas pendientes. Como hemos argumentado en otro lugar<sup>13-15</sup>, este tipo de tecnologías blandas (que hemos sintetizado como «modelo emotivo-racional») repercutiría en una disminución de los errores clínicos, pero sobre todo en un mayor bienestar, y constituyen una ergonomía no sólo física, sino cognitiva.

**Barreras al esfuerzo continuado**

La principal es la rutina, y con ella, la mediocridad, entendida no como «hacer mala praxis», sino como «no querer hacerla mejor». La pereza de renovar conocimientos se disfraza de diferentes maneras: «No hay novedades significativas y lo que hay son menudencias»; «¿Este me va a enseñar a mí?»; «Ya leo yo muchas revistas», etc. Hemos defendido en otro lugar que existen unas «edades» del clínico: etapa de aprendizaje, juventud, etapa madura y declive<sup>9</sup>. Cada etapa tiene retos diferentes para este esfuerzo continuado. En la etapa de juventud podemos pensar que ya sabemos lo importante; en la de madurez predomina el interés por las áreas en que nos consideramos expertos y nos dan prestigio, en detrimento de otras que, sin embargo, precisamos para una buena atención clínica, y cuando faltan pocos años para la jubilación nos asalta la tentación de vivir de renta. Cada etapa requiere contrarrestar estas inercias mediante claves de motivación específica, pero común a todas ellas es la habilidad de interrogarnos sobre nuestro quehacer diario con espíritu crítico.

**Barreras a la amistad**

Posiblemente hayan sido Laín Entralgo y Gracia, entre nosotros, quienes con más perspicacia han analizado el papel que desempeña la amistad médica –y su falta– a lo largo de la historia occidental. Se ha argumentado que la sociedad cosmopolita y multicultural se parece más a una comunidad de intereses particulares que a una comunidad dirigida al bien común<sup>16</sup>. Una sociedad de este tipo no tendría espacio para la amistad, apenas si acaso para una solidaridad «a golpe de decreto-ley». La amistad ha sido reemplazada por los derechos del paciente, y la caridad ha dado paso al aseguramiento universal. En este transvase hemos ganado en dignidad. Tanto mejor sería, sin embargo, si el respeto se complementara con un trato amistoso, cada vez más raro en un servicio nacional de salud temeroso de crear «dependencias» en sus reales o potenciales usuarios. Este temor institucional también es un temor del facultativo: «Si soy amistoso, más pacientes querrán apuntarse a mi lista y me desbordarán», pero además... «Si soy amistoso me van a pedir cosas incorrectas (incapacidades temporales, informes...) y no les podré (o sabré) decir que no». Barreras a la amistad nada baladíes que requerirían medidas formativas, organizativas y de liderazgo institucional para ser superadas. No obstante, el componente amistoso de la relación asistencial constituye un aspecto crucial en la satisfacción psicológica del propio médico, y probablemente la mejor vacuna contra el *burn-out*.

**¿En qué momento se encuentra España en relación con la profesionalidad?**

La irrupción de la Seguridad Social en la década de los cuarenta lleva al médico a una situación inusitada: trabajar para terceras personas. Como apuntan Lázaro y Gracia<sup>17</sup>: «esta colectivización de la medicina actual ha acabado casi por completo con la concepción tradicional de la medicina como profesión liberal y con lo que hemos llamado el «rol sacerdotal del médico». La razón es que, «en la medida en que la sociedad actual ha ido sustituyendo el valor de la virtud por el de la salud, y la búsqueda de la perfección se ha ido concretando para muchos en la búsqueda de la perfecta salud, el médico ha ido dejando de ser una figura sociológicamente análoga a la del sacerdote para transformarse en el gran regulador de la vida de muchos hombres»<sup>18</sup>. Contra lo que pudiera parecer, las prácticas sanadoras tradiciona-

TABLA 4

**Principales diferencias entre los valores oficiales y los valores reales en instituciones o empresas dependientes de un servicio nacional de salud**

Valores oficiales	Valores reales
Paciente «persona»	Paciente objetualizado
Trato cordial-amistoso	Miedo a crear «dependencia» Frialdad «técnica» en el trato
Accesibilidad	Crear barreras. No atender por teléfono o «fuera de horas»
Solidaridad de equipo. Generosidad	Egoísmo. Trabajar «lo justo»

TABLA 5

**Algunas alteraciones del carácter del profesional**

Profesional culpabilizador: en su vida cotidiana, el profesional suele atribuir causas y personalizar culpas para casi todo. En la consulta es un experto para hacer recaer los pequeños fracasos terapéuticos en el propio paciente
Profesional distante y «muy técnico»: en su vida cotidiana es una persona poco expresiva. En la consulta se ve como un «técnico» que no quiere mezclar la amistad en su relación con los pacientes
Profesional irónico: en su vida cotidiana «saca punta» a casi todo. En la consulta libera tensiones riéndose de las excentricidades que percibe en sus pacientes
Profesional paternalista: en su vida cotidiana decide casi todo para aliviar el sufrimiento de familiares y amigos. En la consulta también cree que si los pacientes hacen lo que él/ella piensa irán mejor que si se les deja decidir
Profesional «hiperresolutivo»: en su vida cotidiana es ama/o de casa, madre/padre y amigo «solventalotodo». En la consulta también le gusta quedar bien, aunque a veces cae en «furor terapéutico» (megadosis, asociaciones peligrosas, etc.)
Profesional «ansioso-asegurador»: en su vida cotidiana lo quiere tener todo controlado. En la consulta no tolera situaciones ambiguas y se «reasegura» de que el paciente no tiene «nada grave» aunque para ello deba repetir exploraciones ya realizadas. Crea en los pacientes una sensación de peligro y los hace adictos a su consulta

les y alternativas han perdido terreno frente a tratamientos que ofrecen resultados consistentes, y ello refuerza el papel de un médico asalariado, sí, pero más poderoso que nunca en el imaginario colectivo (como no dejan de plasmar las series televisivas). Es justamente en este escenario donde surge una contestación a la práctica de la medicina deshumanizada. Por un lado, el médico rinde cuentas (indicadores de calidad, memorias de los centros de salud y de los servicios hospitalarios), pero por otra la sociedad quiere participar en la toma de decisiones y exige la sustitución de un modelo paternalista por otro participativo. Una de las traducciones más obvias de este movimiento es el consentimiento informado y las disposiciones al final de la vida (testamento vital o voluntades anticipadas). También existe un poderoso movimiento a favor de despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido en determinados supuestos<sup>19</sup>, que viene a demostrar el interés social por entrar en terrenos hasta ahora exclusivos de la profesión médica. Cabe preguntarse si el conjunto de la profesión sabrá encarar estos retos o se producirá una pérdida progresiva de su estatus tradicional<sup>20</sup>.

**¿Es posible enseñar profesionalidad?**

Una distinción ya clásica consiste en distinguir entre currículum formal y currículum inaparente o informal<sup>21</sup>. Mientras que resulta relativamente fácil mantener un control sobre el currículum formal, el inaparente o informal se produce en los pasillos, tomando un café y en interacciones con pacien-

tes reales o entre colegas. Los comentarios y las actitudes que percibe el estudiante o el residente en formación de sus tutores le revelan los valores de fondo que de verdad aplican éstos. Por desgracia, muchas veces los valores que se muestran como los adecuados (un modelo de perfección ideal) y los que de verdad se ponen en práctica no coinciden. El médico en formación hará una síntesis particular de estas discrepancias, sobre todo apreciando lo que crea que le ayudará a sobrevivir en las instituciones donde deberá trabajar.

Hemos dicho más arriba que los SNS llevan consigo la servidumbre de penalizar al profesional que genera más satisfacción en el usuario. El buen profesional trata de mantener sus hábitos de trabajo excelentes ajustando los hábitos de relación interpersonal. Es en este punto donde se genera la mayor disociación entre valores oficiales y reales (tabla 4).

Si concedemos tanta importancia al currículum inaparente es porque da lugar a un estilo de trato y a un conjunto de normas grupales que ejercen una primera imprimación sobre el carácter del profesional. En ocasiones oímos comentar que un determinado profesional trata de manera inadecuada a los pacientes, y alguien arguye: «Es natural, se ha formado en el servicio de zutano». La historia de este servicio nos revelaría un progresivo desencuentro entre profesionales y pacientes, que ilustra el siguiente comentario que a veces oímos en la sala de espera: «No le preguntes nada al Dr./a X, que se enfada». Pero lo peor del caso es que el residente o estudiante repetirá estas conductas como si fueran las correctas, tal es la influencia de los maestros.

Una de las tareas ciclópeas que deberá asumir el SNS será la de crear las condiciones organizativas y contractuales para que lo más fácil sea un trato cordial y empático entre médico y paciente. En el ínterin el profesional debe ser muy consciente de estas dificultades objetivas y saber explicar a los estudiantes (y ¿por qué no?, a los propios profesionales) las patologías a que da lugar. También debe ser conscientes de cómo repercuten sus rasgos de carácter sobre el estilo de relación (tabla 5), pues el SNS no posee casi ningún mecanismo de mejora, moderación o sanción en el trato con el paciente.

**¿Cuál es la situación de la profesionalidad en el posgrado?**

Existe un amplio consenso en que debemos introducir el «núcleo» del ideario profesional tanto en las facultades de medicina<sup>22,23</sup> como en los programas de formación de especialistas (ya sea en hospitales o centros de atención primaria). El reto, sin embargo, es hacer atractiva esta materia, ya que un abordaje teórico no asegura comportamientos éticos. La piedra de toque para el estudiante y el residente será «contagiarse» de los hábitos de un buen maestro. Esto no significa renunciar a tener presencia en la formación continuada de los médicos ya graduados y especializados. Los programas dirigidos a tales médicos deberían aprovechar materias clásicas (módulos de diagnóstico y terapéutica) para recordar normas deontológicas o errores habituales por falta de profesionalidad. Por desgracia, este enfoque aún no se ha extendido. Por otro lado, también animará a los clínicos a entrar en estos temas saber que de manera expresa pueden ser evaluados en el proceso de revalidación-recertificación o «relicencia» (ya sea mediante videograbaciones, revisión por iguales o portafolios, entre otros). Ello supone dar publicidad, por parte de las instituciones y autoridades académicas, a las opciones evaluadoras que se consideren de mayor trascendencia<sup>24</sup>. Existe un abanico de posibilidades –que hemos compendiado en otra parte<sup>25</sup>– para las sociedades científicas y colegios

de médicos. El Congrés de la Professi3, celebrado en Cataluña el a1o 2004, donde varios centenares de m3dicos colegiados debatieron los aspectos relativos al c3digo deontol3gico y a la pr3ctica de la profesi3n, demuestra que es posible crear un marco de reflexi3n, participaci3n y consenso de gran formato.

### ¿Es posible evaluar la profesionalidad?

Para valorar la profesionalidad hay que tener en cuenta la naturaleza multidimensional del constructo. Algunos aspectos de la profesionalidad pueden valorarse a trav3s de las historias cl3nicas (p. ej., la minuciosidad, la excelencia), mientras que otros pueden evaluarse a trav3s de las quejas dirigidas y registradas contra los profesionales. La observaci3n directa y los pacientes estandarizados, ya sea en contextos de una evaluaci3n cl3nica objetiva y estructurada o mezclados con pacientes reales (con el consentimiento previo de los m3dicos evaluados), pueden aportarnos un retrato del d3a a d3a de los cl3nicos. Algunas de las 3reas de la profesionalidad pueden valorarse, aunque de manera subjetiva, mediante escalas cumplimentadas por un observador, el propio paciente estandarizado o un cl3nico experto, sobre audio o videgrabaciones de los encuentros. Esta estrategia, sin embargo, puede ser engorrosa y cara. Por ello han aparecido 2 m3todos prometedores: la valoraci3n por iguales (o pares) y el portafolios. En estos momentos la American Board of Internal Medicine solicita una valoraci3n por pares como parte de su programa de recertificaci3n voluntaria a realizar cada 10 a1os. Podemos aportar nuestra experiencia en la Universidad de Rochester, donde en los 3ltimos 5 a1os hemos puesto en marcha (RME) la valoraci3n entre iguales por parte de los estudiantes. La iniciativa se acogi3 inicialmente con suspicacia, pero podemos afirmar que ahora mismo forma parte de la cultura del centro y que los interesados suelen comentar que tales valoraciones les hacen reflexionar sobre 3reas previamente ocultas de su manera de ser y actuar. Los indicadores num3ricos son fiables, estables en el tiempo e independientes del m3todo escogido por los evaluadores<sup>26,27</sup>. Se precisan unos 6 evaluadores para alcanzar un coeficiente de generalizaci3n<sup>28</sup> superior a 0,7. En lo que concierne a los comentarios escritos, se precisa un entrenamiento previo sobre c3mo realizar una cr3tica efectiva a un colega; aun as3, debe realizarse una revisi3n para eliminar comentarios desafortunados (en nuestra experiencia, menos del 2%). Por otro lado, el portafolios consiste en un registro longitudinal que realiza el estudiante –o el m3dico– de su pr3ctica cl3nica y a menudo incluye elementos tales como fragmentos de videgrabaciones de entrevistas, *blogs* de procedimientos quir3rgicos, casos cl3nicos, volantes de derivaci3n y otros datos surgidos en interacci3n con pacientes estandarizados, la experiencia cl3nica, con los colegas supervisores y otros profesionales de la salud<sup>29,30</sup>. Un aspecto cr3tico para el 3xito de un portafolios es que incorpore la reflexi3n surgida en estas situaciones, as3 como la repercusi3n en la relaci3n asistencial y los retos 3ticos. Algunas facultades de medicina, programas residenciales y de formaci3n continuada han incorporado los portafolios como un requerimiento curricular.

### Estrategias pedag3gicas

La profesionalidad se ense1a sobre todo por «contagio», a partir de tutores y profesores con una s3lida formaci3n 3tica demostrada en su pr3ctica cl3nica diaria. ¿Cu3les son los aspectos que un tutor debe tener en consideraci3n en esta tarea de presentarse como «modelo» de profesionalidad? (Lo

quiera o no, cualquier tutor ser3 modelo o contramodelo de profesionalidad.) He aqu3 algunos aspectos<sup>11,13-15</sup>:

1. Creaci3n de h3bitos reflexivos. Mostrar con claridad al estudiante y residente que las reacciones frente a pacientes dif3ciles son tambi3n h3bitos inteligentes, como lo pueda ser realizar una buena sutura o palpar un tiroides.
2. Identificar las situaciones especialmente relevantes a efectos de profesionalidad y comentarlas con el estudiante o residente. Mostrar las propias dudas, relativizar nuestras certezas («todos nos equivocamos»).
3. Mostrar c3mo hacemos algo invitando abiertamente a que se nos imite (t3cnica de modelaje).
4. Cuidar el curr3culum inaparente (p. ej., el comentario jocoso cuando el paciente abandona la consulta, o las an3cdotas explicadas *off the record* mientras se toma un caf3).
5. Mostrar al estudiante y residente que nosotros tambi3n estamos en un proceso de aprendizaje y autoaprendizaje, y que ellos (estudiantes) pueden enseñarnos cosas (¡y nos las enseñan!), como tambi3n los pacientes. Estimular ejercicios en los que el estudiante describa c3mo se sentir3a en caso de ser paciente<sup>31</sup>.
6. Ingenuidad inteligente. Creemos profundamente en los valores que enseñamos, no los relativizamos con un mal chiste ni los justificamos porque «son ventajosos para prosperar», sino porque son nucleares en el hecho de «ser m3dico».
7. Creaci3n de climas institucionales apropiados. Sesiones cl3nicas donde el paciente no es s3lo un cuerpo, sino fundamentalmente una persona. Mostrar un inter3s personalizado por cada paciente.

Sin lugar a dudas existen muchas estrategias docentes complementarias a esta «imprimaci3n» por contagio, pero si tenemos profesionales de prestigio capaces de testimoniar en su quehacer las virtudes de la profesionalidad y comprometidos con la profesionalidad (como por fortuna los tenemos), s3lo entonces seremos capaces de formar a las nuevas generaciones para conseguir el m3dico que necesita el siglo XXI.

### Agradecimientos

Al Dr. Andr3s Sciolla (psiquiatra, Universidad de San Diego, EE.UU.) y a los profesores de Historia y Teor3a de la Medicina Dr. Jos3 L3zaro (Universidad Aut3noma de Madrid) y Dr. Diego Gracia Guill3n (Universidad Complutense de Madrid). Gracias a sus aportaciones este art3culo ha ganado tanto en precisi3n hist3rica como conceptual y ofrece una traslaci3n –que no traducci3n– m3s correcta de los t3rminos ingleses *professionalism* y *expertise* al espa1ol.

### REFERENCIAS BIBLIOGR3FICAS

1. Gracia D. Como arquero al blanco. Estudios de bio3tica. Madrid: Triacastela; 2004. p. 245.
2. Corppus Hippocraticum. Barcelona: MRA Editores; 1998.
3. La3n Entralgo P. El m3dico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003.
4. La3n Entralgo P. El m3dico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003. p. 114.
5. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 2002;136:243-6.
6. Steinert Y, Cruess S, Cruess R, Snell L. Faculty development for teaching and evaluating professionalism: from programme design to curriculum change. *Med Educ*. 2005;39:127-36.
7. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Outcomes Project. Disponible en: <http://www.acgme.org>
8. Gracia D. Procedimientos de decisi3n en 3tica cl3nica. Madrid: Eudema; 1991.

9. Borrell F. Entrevista clínica. Barcelona: Semfyc; 2004.
10. Epstein RM. Embedding professionalism in medical education. Actas de 11th International Ottawa Conference on Medical Education; 2004, 4-8 julio; Barcelona.
11. Epstein RM. Mindful practice and the tacit ethics of the moment. En: Kenny N, Shelton W, editors. Lost virtue: professional character development and medical education. Amsterdam, New York: Elsevier; 2006.
12. Schön D. Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
13. Borrell-Carrio F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Ann Fam Med*. 2004;2:310-6.
14. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999;282:833-9.
15. Epstein RM. Mindful practice in action (I): technical competence, evidence-based medicine and relationship-centered care. *Families Systems and Health*. 2003;21:1-10.
16. McIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 2001.
17. Lázaro J, Gracia D. Prólogo. En: Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003. p. 24.
18. Lázaro J, Gracia D. Prólogo. En: Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003. p. 25.
19. Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Declaración del Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramon Llull. Disponible en: [http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta\\_cat.pdf](http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta_cat.pdf)
20. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica*. 2003;6:63-80.
21. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287:226-35.
22. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *BMJ*. 1997;315:1674-7.
23. Hensel WA, Dickey NW. Teaching professionalism: passing the torch. *Acad Med*. 1998;73:865-70.
24. Pardell H. Profesionalismo, formación continuada y recertificación. Una visión desde la perspectiva médica. *Gestión de Evaluación Costes Sanitarios*. 2002;3:283-93.
25. Pardell H. El nuevo profesionalismo médico. Una ideología expresada en conductas. En: Oriol-Bosch A, Pardell H, editores. La profesión médica. Los retos del milenio. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2005. p. 11-22.
26. Ramsey PG, Wenrich MD, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerfo JP. Use of peer ratings to evaluate physician performance. *JAMA*. 1993;269:1655-60.
27. Violato C, Marini A, Toews J, Lockyer J, Fidler H. Feasibility and psychometric properties of using peers, consulting physicians, co-workers, and patients to assess physicians. *Acad Med*. 1997;72 10 Suppl 1:82-4.
28. Dannefer EF, Henson LC, Bierer SB, Grady-Weliky TA, Meldrum S, Nofziger AC, et al. Peer assessment of professional competence. *Med Educ*. 2005;39:713-22.
29. Gordon J. Assessing students' personal and professional development using portfolios and interviews. *Med Educ*. 2003;37:335-40.
30. Carraccio C, Englander R. Evaluating competence using a portfolio: a literature review and web-based application to the ACGME competencies. *Teach Learn Med*. 2004;16:381-7.
31. Coulehan J. Viewpoint: today's professionalism: engaging the mind but not the heart. *Acad Med*. 2005;80:892-8.