

LA ÉTICA DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUADO EN LA PROMOCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Rogelio Altisent*

Resumen: La ética siempre ha estado presente de forma más o menos explícita en la calidad asistencial; sin embargo, no se ha prestado la necesaria atención al motor de la calidad que se encuentra en las actitudes y en el impulso ético de los profesionales que han de liderar los procesos de mejora. El Desarrollo Profesional Continuado es un proceso que debe acompañar las sucesivas etapas de la vida del profesional, con sus distintos momentos de motivación y crisis, y conviene entender su fundamentación ética, reflexionando sobre la calidad asistencial. Los profesionales que cuidan pacientes también necesitan recibir atención para diagnosticar y superar las situaciones de inercia, ausencia de iniciativa, escepticismo y falta de autocrítica. Sólo se puede garantizar la calidad asistencial si los profesionales desarrollan un satisfactorio progreso de su carrera, para lo cual es necesario que los servicios de personal y de recursos humanos de las instituciones sanitarias dediquen sus mejores energías a cuidar la promoción de sus profesionales.

Palabras clave: ética médica, recursos humanos, profesionales sanitarios, desarrollo profesional, calidad asistencial

ETHICS OF CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT IN THE PROMOTION OF HEALTH CARE QUALITY

Abstract: Ethics has always been present in a more or less explicit way in health care quality; nevertheless, there has not been paid attention enough to the power of quality found in the ethical drive and attitudes of professionals who are leaders in improvement processes. The continuous professional development is a process which must accompany successive stages of professional life with different motivational moments and periods of crisis, for which understanding its ethical basis is convenient by reflecting about health care quality. Professionals who care patients also need attention to diagnose and overcome inertia, lack of initiative, skepticism and lack of self criticism situations. Health care quality can only be guaranteed if professionals develop a satisfactory progress in their career, for which it is necessary that personal services and human resources of health care institutions devote their best energies in the promotion of their professionals.

Key words: medical ethics, human resources, health care professionals, professional development, health care quality

A ÉTICA DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL CONTINUADO NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Resumo: A ética sempre esteve presente de forma mais ou menos explícita na qualidade assistencial; entretanto, não se tem prestado a necessária atenção ao motor da qualidade que se encontra nas atitudes e no impulso ético dos profissionais que vão liderar os processos de melhoria. O Desenvolvimento Profissional Continuado é um processo que deve acompanhar as sucessivas etapas de vida do profissional, com seus distintos momentos de motivação e crises, e convém entender sua fundamentação ética, refletindo sobre a qualidade assistencial. Os profissionais que cuidam de pacientes também necessitam receber atenção para diagnosticar e superar as situações de inércia, ausência de iniciativa, ceticismo e falta de autocrítica. Somente poderá ser garantida a qualidade assistencial se os profissionais desenvolverem um satisfatório progresso de sua carreira, para o qual é necessário que os serviços de pessoal e de recursos humanos das instituições sanitárias dediquem as suas melhores energias para cuidar da promoção de seus profissionais.

Palavras-chave: ética médica, recursos humanos, profissionais sanitários, desenvolvimento profissional, qualidade assistencial

* Profesor del Área de Medicina Legal, Universidad de Zaragoza, España

Correspondencia: altisent@unizar.es

Ética y calidad en el sector sanitario: ¿está todo dicho?

El progreso tecnológico y científico de la sociedad en las últimas décadas se ha acompañado de una conciencia social que presiona hacia la mejora continua de la calidad. Inicialmente este proceso nació en el sector industrial, pero paulatinamente se ha trasladado a los ámbitos más dinámicos de la actividad humana, entre los cuales se sitúa el sector sanitario.

Los servicios de atención a la salud han experimentado en todo el mundo importantes cambios organizativos, permitiendo el acceso de un mayor número de personas a unas prestaciones en continuo crecimiento, intentando dar cumplimiento al derecho humano fundamental a recibir protección para la salud. La magnitud de los recursos y la trascendencia de los intereses en juego han contribuido a que la Calidad Asistencial (CA) se vaya consolidando como ineludible objeto de estudio y aplicación en las instituciones sanitarias, ya sean públicas o privadas.

El objetivo no es tanto alcanzar un nivel estático de calidad, sino lograr un proceso que permita una mejora continuada. Para ello se realizan mediciones, basadas en evidencias e indicadores (hechos y datos), estableciendo comparaciones con criterios considerados como equivalentes de buena práctica (estándares de calidad)(1).

Los modelos de CA que han tenido una mayor difusión en el sector sanitario han sido el de Calidad Total, de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), la certificación de la *Internacional Standard Organization* (ISO) y el modelo de acreditación de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). En la gestión de calidad, más allá de las diferencias conceptuales y metodológicas de los diferentes modelos, tiene amplia aceptación la clasificación de estructura-proceso-resultado, que en 1966 formuló Avedis Donabedian(2) para describir y evaluar la calidad asistencial de un modo equiparable al concepto industrial de inversión-proceso-rendimiento. Para Donabedian, la necesaria medición y evaluación de la calidad en salud debe basarse en la evaluación de la estructura (abarca las características estables de los proveedores de la atención sanitaria: recursos humanos, físicos, técnicos y financieros), el proceso (como conjunto de actividades que los profesionales realizan por o para el paciente, y la respuesta del paciente a

esas actividades) y el resultado (las mejoras en el nivel de salud del paciente y la satisfacción ante la atención recibida).

Desde sus primeros años, a mediados del siglo XX, la CA de las organizaciones sanitarias se orientó al control de los eventos adversos, la seguridad clínica y la competencia técnica de los profesionales. En los años 70 se mantuvieron esos principios pero se añadió la satisfacción del paciente y el aumento de su bienestar, introduciendo metodologías de evaluación continua de la asistencia y de las estructuras organizativas. Hacia el final del siglo XX los lazos entre ética y calidad se han estrechado más, ya que la calidad ha sido enfocada en el paciente y en sus derechos. En los primeros años del siglo XXI, además de los aspectos anteriores, los sistemas sanitarios europeos de provisión pública y universal están trabajando por la equidad en el acceso y la no discriminación (por sexo, raza, religión, etc.), ante los cambios que los movimientos migratorios provocan en los perfiles de población asistida. En una primera fase, los criterios de calidad se basaron en el principio de no maleficencia, luego aparecieron criterios fundamentados en el principio de beneficencia, para pasar de manera sucesiva al principio de autonomía del paciente y al de justicia(3).

En el mundo de la CA la ética siempre ha estado presente de forma más o menos explícita en sus fundamentos(4). Sin embargo, además de las diferentes teorías de la calidad, la CA ha ido consolidando un conjunto de herramientas de gestión y desarrollando investigaciones dirigidas a proporcionar evidencia del nivel de calidad y la detección de áreas de mejora. Por el contrario, en las estrategias de calidad de las organizaciones ha sido difícil concretar planes para cambiar las actitudes y el impulso ético de los profesionales que necesariamente deben liderar los procesos de mejora. No es posible mejorar la calidad asistencial sin un progreso continuado de los profesionales, un proceso que enlaza necesariamente con la autoexigencia y la ética personal.

En este punto, aparece el Desarrollo Profesional Continuado (DPC)¹ como una herramienta, un proceso que

1 La Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias (LOPS) en España define el DPC como "el reconocimiento público, expreso e individualizado del desarrollo del profesional sanitario en relación con sus conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en el cumplimiento de los objetivos asistenciales y de investigación de la organización en la que presta sus

debe acompañar las etapas de la vida del profesional sanitario, con sus distintos momentos de motivación y crisis. Conviene entender su fundamentación ética, que echa raíces en la conciencia personal y conduce a reflexionar sobre los elementos éticos operativos que lo componen en el día a día. Conocer mejor la fisiopatología del DPC ayudará a disponer de tratamientos efectivos para cuando lleguen las crisis y los momentos personales de perplejidad y debilidad que terminan afectando a la CA.

La responsabilidad del DPC es personal en gran medida, pero esto no significa que sea un proyecto individual, puesto que se verá influido y condicionado por el trabajo desarrollado en un equipo y en la institución en la cual echa sus raíces un estilo ético que debemos construir entre todos.

A través estas reflexiones intentaremos realizar una contribución al desarrollo de un DPC sano e independiente, al servicio del desarrollo de la excelencia profesional que es un elemento insustituible para la mejora continua de la CA.

Apelación a la conciencia

En la “Rebelión de las Masas”(5), Ortega y Gasset afirmaba: “...distinguimos al hombre excelente del hombre vulgar diciendo que aquel es el que se exige mucho a sí mismo, y éste el que no se exige nada, sino que se contenta con lo que es y está encantado consigo”. Se podría interpretar esta reflexión como una apelación a la conciencia proactiva, de tal manera que los profesionales excelentes serían quienes tienen una conciencia más sensible que les impulsa a una vida de mayor compromiso moral.

Cuando aquí hablamos de la conciencia no nos referimos a la conciencia entendida como estado de vigilia o como capacidad de percepción sensorial. Tampoco a las preferencias y los sentimientos, ni a los gustos o las inclinaciones personales. La conciencia moral en

sentido propio tampoco es la razón, aunque luego ésta tenga un protagonismo decisivo al elaborar un juicio de aplicación práctica. Nos referimos a la conciencia como principio de la moralidad, que dicta en lo más íntimo de la persona una valoración de las conductas libres. La conciencia evalúa comportamientos pasados, presentes o futuros, generando mecanismos de aprobación y de culpa. De quien no sigue su conciencia decimos que pierde su integridad moral y de ahí el deber de seguir la propia conciencia cuando se tiene claro lo que hay que hacer.

La conciencia moral forma parte de la dotación constitutiva del ser humano y necesita educación y maduración, al igual que la persona en su totalidad, pudiendo también sufrir atrofia, embotamiento y enfermedad, aunque en este caso la patología moral de la conciencia no siempre está exenta de responsabilidad. Cabe que una persona actúe en conciencia pero equivocadamente, lo cual genera diferentes grados de responsabilidad moral en función de los antecedentes. En efecto, pueden darse comportamientos que objetivamente son reprobables e incluso viles, aunque se hayan realizado de acuerdo con la propia conciencia. La plasticidad de la conciencia en su interacción con los comportamientos libres queda muy bien reflejada en el aforismo: “O vives de acuerdo con lo que piensas o acabas pensando de acuerdo con lo que vives”.

El desarrollo de valores y actitudes cristalizan en la universidad

Reparar y conservar la salud, beneficiar al paciente respetando su autonomía, evitar el daño y prevenir la iatrogenia, asumir la responsabilidad social de buscar la eficiencia y la equidad. Todo ello constituye un conjunto de obligaciones que forman parte de la deontología profesional que se proyecta en la CA.

La mentalidad con que se toma la línea de salida en los estudios de las profesiones sanitarias tiende a cristalizar muy pronto y será decisiva en el perfil ético del futuro profesional. El sistema educativo debe permanecer alerta para construir y afianzar cuanto antes las actitudes de búsqueda de la excelencia, teniendo en cuenta que esta inclinación no sólo se puede estancar sino incluso deteriorar, tal como han mostrado algunas investigaciones(6,7). Por tanto, se deben aprovechar las oportunidades de inyectar ideales y motivaciones éticas en cualquiera de los niveles del proceso educativo.

servicios” (Art. 37.1). Sin embargo, aquí nos vamos a alinear con una visión menos normativa y más humanística como la apuntada por la Comissió pel Desenvolupament Operatiu del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries de Catalunya, que lo define como “el conjunto de iniciativas orientadas a mantener y mejorar la competencia profesional individual a lo largo de la vida, adaptándola constantemente a las nuevas necesidades del sistema sanitario o de las organizaciones empleadoras”. Como veremos, este enfoque puede abarcar una gama muy amplia de iniciativas, más allá de lo que tradicionalmente hemos entendido como formación continuada.

Todo ello constituye para la universidad un desafío pedagógico y metodológico cuyos logros se plasmarán a mediano y largo plazo en la CA. Además de garantizar el nivel científico-técnico, se debe formar en la convicción de que la medicina basada en la evidencia no tiene, ni mucho menos, todas las respuestas para las necesidades de salud del paciente, siendo necesario reconocer e interpretar el decisivo papel que los valores éticos juegan en el ejercicio de una buena medicina(8).

Un médico diagnostica y clasifica correctamente la hipertensión de un paciente con otras patologías asociadas, y le prescribe un tratamiento, incluidos fármacos hipotensores, de acuerdo con los consensos y los protocolos más actualizados. Sin embargo, no logra sintonizar ni ganarse la confianza del paciente; tampoco explora sus preferencias ni tiene en cuenta su contexto sociofamiliar. El fracaso en la calidad humana de la relación clínica puede condicionar el cumplimiento tanto de las recomendaciones de estilo de vida (dieta, ejercicio, hábitos tóxicos) como de la ingestión de los fármacos prescritos. Se podría defender que en este caso se habría realizado una actuación técnicamente correcta, incluso de virtuosismo diagnóstico y terapéutico a la hora de seleccionar los fármacos más idóneos y modernos. Pero una valoración global estaría lejos de alcanzar un comportamiento profesionalmente competente, que debería incluir la calidad humana de la relación clínica. Captar esta visión de la medicina es imprescindible a la hora de definir criterios de CA.

Karl Popper aportó una interpretación del método experimental plenamente asumida por la investigación contemporánea: ante un problema se conjetura una teoría que se somete a confrontación con la experiencia; de ese choque se derivan sucesivas correcciones de la teoría (eliminación del error), generándose un nuevo problema que el investigador someterá de nuevo a este proceso, y así sucesivamente en lo que este autor denominó como una búsqueda sin término(9). Este esquema funciona muy bien para el estudio de variables cuantitativas, es decir, para la adquisición de conocimiento en la ciencia biológica y experimental. Pero a todas luces resulta insuficiente para conocer y entender a las personas, lo cual hace necesario cultivar la aportación de las humanidades. Popper explicaba que el método de la investigación es como una red que en su arrastre va apresando realidades, pero de tal manera que, según los agujeros, la malla atrapará o dejara pasar los peces en función de su tamaño, y los

valores éticos no se dejan atrapar por la metodología cuantitativa.

Con un ensayo clínico difícilmente podremos medir la empatía de la relación clínica, la capacidad de una persona para tomar decisiones o el respeto a su autonomía, siendo todos ellos ingredientes necesarios a la hora de hacer una buena medicina. “Hay acuerdo en la necesidad de abordar reformas encaminadas a lograr un perfil de formación médica más centrado en la dimensión humana del paciente y en sus necesidades como persona”(8), lo cual debe ser contemplado en los programas de CA para construir indicadores capaces de medir estos elementos que actualmente no reciben una atención suficiente.

El impulso ético en la formación continuada

Una cosa es la formación del médico en ética y otra el papel de la ética como motor de la formación del médico. Son enfoques diferentes. El primero se refiere a la ética académica como disciplina dirigida a estudiar racionalmente las cuestiones que plantea la profesión; el segundo, en cambio, se refiere al impulso o talante moral que alimenta la búsqueda de la excelencia profesional. Lo que ahora nos interesa explorar son las motivaciones éticas que subyacen en el DPC y de manera derivada en la CA.

El esfuerzo por mantener actualizados los conocimientos y habilidades profesionales no se puede contemplar separado de las actitudes personales. En igualdad de conocimientos y habilidades, la actitud ética marca una diferencia sustancial en la calidad de la asistencia. Esto es una experiencia universal de la que cualquiera podría ofrecer ejemplos. Se puede comprobar que –en lo que en estadística se denominaría un estudio con datos apareados, es decir, permaneciendo constantes el conocimiento y las habilidades– incluso un mismo profesional puede llegar a desarrollar diferentes grados de CA en función de la actitud que le mueve.

Interesa diferenciar, por un lado, las actitudes éticas consolidadas, que forman parte del carácter moral y los valores de la persona y, por otro, la actitud particular que se traduce en una conducta determinada en el tiempo y el espacio. Se ha hablado de genes altruistas presentes en quienes parecen siempre dispuestos a asumir responsabilidades, a diferencia de quienes suelen escurrir el bulto eludiendo compromisos, pero es arriesgado simplificar la vida moral de las personas, en la cual

la generosidad y el egoísmo se administran libremente, con sus momentos de mérito y de miseria.

Podemos tener una actitud claramente asimilada de respeto por la autonomía del paciente, pero luego, ante un caso determinado, claudicamos ante el esfuerzo que nos plantean las dificultades operativas que exigen mantener adecuadamente informado a un paciente. Conviene matizar que ahora no nos estamos refiriendo a la resolución de un dilema o a la duda ética de elegir entre varias opciones, sino al comportamiento resultante de una dificultad práctica que conduce a una fractura con la actitud fundamental del profesional. Esto ocurriría, por ejemplo, cuando el fallo en la información que se debería dar a un paciente estuviera condicionado por las dificultades extrínsecas o intrínsecas que pueden envolver al médico, como la escasez de tiempo, las presiones de los familiares para ocultar un diagnóstico, la insuficiente formación en habilidades de comunicación a la hora de dar malas noticias a un enfermo incurable, o algo tan prosaico como no disponer del lugar adecuado para mantener una conversación sensible.

Este es un ejemplo clásico que solemos utilizar en la docencia de la ética clínica para explicar la importancia de diferenciar tres tipos diferentes de cuestiones éticas: las actitudes morales, los dilemas éticos y las cuestiones operativas, una matización relevante porque las soluciones y la formación llegarán por diferentes caminos para cada una de estas diferentes cuestiones(10). Si nos trasladamos al DPC, encontramos que una actitud fundamental sería la de sentir la necesidad y la responsabilidad de mantener actualizados los conocimientos con el paso de los años. Pero esta actitud se debe traducir en comportamientos que han de cristalizar en el tiempo y en el espacio, y que pueden rodearse de obstáculos de diferente calibre. Dicho en otras palabras: no es suficiente la buena intención (actitud), hay que resolver los problemas con prudencia (dilemas) y luego, en la práctica, aplicar las soluciones de manera correcta y acertada (cuestiones éticas operativas), siendo aquí donde aparece la CA.

La inclinación a mantener actualizados los conocimientos es una actitud que no plantea discusión como actitud fundamental para el buen profesional. En pocos años los avances científicos con impacto en la práctica clínica diaria pueden llegar a ser muy importantes, hasta el punto de que la buena praxis podría verse dañada por la negligencia en la formación continuada.

¿Qué puede sostener este esfuerzo por mantener la competencia? Sin duda juega un papel fundamental el amor propio de ser un buen profesional y ser considerado como tal por los pacientes, por el grupo de pares y por la sociedad. Es esta una motivación incluso más poderosa que los sistemas de certificación y recertificación(11), algo que a los gestores de la sanidad les cuesta entender. Es llamativo comprobar de qué manera los departamentos de recursos humanos de las gerencias de las instituciones sanitarias se convierten en oficinas de burocracia para controlar los días de vacaciones y otros trámites administrativos, sin que existan equipos multidisciplinares dedicados a “cuidar” del capital humano de la institución. Esto es un indicador de mala calidad en la gestión: prestar más atención al mantenimiento de los edificios y de las máquinas que al cuidado de los profesionales.

Cuidar al cuidador

Los profesionales que cuidan pacientes también necesitan recibir cuidados. Cuidar incluye prevenir, curar y paliar. Los colegios de médicos en España están desarrollando unos programas modélicos para la atención al médico enfermo por adicciones o enfermedades mentales², cuya prevalencia se sitúa por encima de la media poblacional. Sin embargo, las instituciones sanitarias no siempre se toman en serio la prevención de los problemas de salud vinculados con el ejercicio de la profesión, a pesar de la alarmante incidencia de *burn-out* y el deterioro de las condiciones de trabajo.

Se pueden definir cuatro situaciones mórbidas en la práctica profesional(12), que suelen presentarse de manera sinuosa y conviene desenmascarar porque afectan seriamente al DPC e incluso a la toma de decisiones frente al paciente:

- a) La inercia clínica, entendida como la aceptación práctica sin sentido crítico de antiguos conceptos o la resistencia a reconsiderar cambios de criterio utilizando argumentos con escaso fundamento científico.

2 El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) nació en 1998 por iniciativa del Consejo General de Colegios de Médicos de Cataluña y posteriormente se ha extendido a otros colegios oficiales de médicos del resto de las Comunidades Autónomas. Es un programa pionero en Europa que atiende a médicos con problemas psiquiátricos o conductas adictivas, asegurando una asistencia especializada y confidencial, de manera que no tenga repercusiones sobre los pacientes. La filosofía del PAIME se fundamenta en el Art. 19 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España.

- b) El escepticismo en la organización del trabajo, debido al desengaño ante la más o menos errática organización de la propia institución. Es “estar de vuelta”, una forma de incredulidad generada por el *burn-out* o la fatiga moral acumulada durante años, que puede servir de coartada para abandonarse en el DPC.
- c) Ausencia de iniciativa y pasividad en las decisiones que le corresponde adoptar a un facultativo y que le inclina a comportarse como un “mandado”. Esto es especialmente grave para el DPC y prevenirlo justificaría la conveniencia de los sistemas de recertificación.
- d) Falta de autocrítica, que en profesionales jóvenes puede manifestarse en el exceso de confianza en sí mismo o en las propias cualidades, y en el caso de profesionales veteranos como falta de humildad para reconocer los propios errores.

Estos cuatro estados insidiosos de claudicación profesional pueden servir como indicadores para realizar una autoevaluación de lo más profundo de las actitudes. Ignorar que estos elementos afectan al DPC y en definitiva a la CA es lo más parecido a pretender arrancar un coche con el freno de mano puesto.

¿Qué nos dice la deontología médica en España?

El Código de Ética y Deontología Médica español señala directrices muy claras en su Capítulo V, dedicado a la “Calidad de la Atención Médica”, donde establece en su Artículo 18.1: “Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana y científica. El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional y se compromete a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos médicos vigentes y las posibilidades a su alcance”.

Luego, en el Art. 21.1, se concreta más lo que aquí nos ocupa: “El ejercicio de la medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, en la destreza técnica y en las actitudes éticas, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión”.

Vemos por tanto que hay un primer deber deontológico ineludible que se puede plasmar en la obligación de

estudio del médico y de cualquier profesional sanitario. Se suele decir coloquialmente que los médicos son estudiantes de por vida, y esto nadie lo discute. Sin embargo, es interesante analizar cómo se puede traducir esto en la práctica, con sus matices en función del momento profesional que toca vivir.

El deber de estudio es algo más que leer para acumular conocimientos. Además de garantizar la puesta al día, incluye la inquietud intelectual de encontrar respuestas a las necesidades de nuestros pacientes. En ella, más importante que almacenar información es saber cómo encontrarla en el momento adecuado. Reconocer la propia ignorancia y cultivar un sano escepticismo es muy productivo intelectualmente, para alimentar nuevos enfoques e ideas a la hora de buscar soluciones para el enfermo(13). Incluso se puede hablar del inapreciable “arte de desaprender”(14), es decir, de romper con rutinas intelectuales o estilos de trabajo que quizá han sido superados, lo cual se convierte en ocasiones en un desafío ético que requiere un ejercicio de humildad del que no se suele hablar en las escuelas de medicina.

En este mismo capítulo del Código encontramos otro artículo que ofrece otras perspectivas complementarias pero ineludibles al tratar sobre la ética de la actualización del médico: Art. 19. 1. “El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasan su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia”. Es de interés tenerlo en cuenta en los primeros años de formación, pero también en la veteranía, cuando aparece una situación que genera dudas, ya sea por una laguna de formación o de puesta al día.

Las cuatro estaciones de la vida profesional

Las exigencias y los acentos del DPC serán distintos en función de la amplia variedad de circunstancias que rodean la vida de los profesionales, pero hay diferentes momentos biográficos, a la vez comunes e inexorables. La primavera es la etapa en la que el estudiante construye el armazón de conocimientos sobre los cuales construirá la futura formación, cualquiera sea su especialidad. Aunque más adelante se pueden rellenar las lagunas, a la vez que se incorporan los nuevos avances científicos, las actitudes éticas fundamentales ante la profesión ya se forman y se consolidan en este período, en el que juega un papel importante el modelo que ofrecen profesores y tutores, así como el clima de trabajo de los centros. Allí influye el “currículo oculto”,

capaz de impregnar y contagiar actitudes positivas o negativas.

El verano de una biografía profesional es el tiempo de la especialización, junto con los primeros años posteriores de asentamiento laboral. Suele ser una década muy exigente en la que se consolida el auténtico nivel de competencia, difícil de lograr más adelante. Hay bastantes aspectos de la capacitación que si no se han adquirido en esos años ya será casi imposible recuperar. De ahí que sea una estación con especial responsabilidad para el desarrollo profesional. También es un tiempo en que los conocimientos ceden protagonismo a la adquisición de habilidades. Es el momento idóneo para implicarse en algún proyecto de investigación de cierta envergadura, incorporándose a un equipo con líneas de investigación sólidas, aunque sea con una dedicación de tiempo limitada, y en su caso lanzarse a realizar la tesis doctoral.

El otoño de una vida profesional es un período muy delicado, donde el DPC plantea desafíos que a veces cuesta entender y rentabilizar. Surge el riesgo de la acomodación, el aburrimiento o la pérdida de ilusión por las tareas asistenciales cotidianas. A veces se producen desencuentros que pueden llevar a buscar compensaciones fuera de la profesión, cultivando otros intereses y volcando energías vitales que en un entorno adecuado se hubieran dedicado a la medicina. Desde una perspectiva social, puede llevar a una auténtica malversación de capital humano, lamentable porque a la sociedad le ha costado mucho llegar a formar profesionales maduros.

En sentido contrario, la dedicación de tiempo y energías personales a la profesión también puede experimentar una patológica inflamación que desplaza a la familia o incluso el necesario descanso, llegando a afectar al equilibrio personal. Este riesgo es muy característico de la profesión médica y se puede presentar a cualquier edad, pero en el otoño se puede plantear como un sucedáneo de otras insatisfacciones vitales que conviene diagnosticar adecuadamente.

En estos años también hay que estar prevenidos ante el desinterés y la desilusión, favorecidos por la mediocridad de la política sanitaria y la ausencia de pulso que se observa en muchos despachos de la gestión, donde no se ha sabido recompensar el esfuerzo ni fomentar la excelencia profesional. Esta reflexión nos conduce de nuevo al DPC en su vertiente institucional, como

consecuencia de políticas de recursos humanos miopes e incompetentes.

Sin embargo, la responsabilidad última del DPC siempre será individual. Quienes, por encima de las estructuras, consiguen tejer su propio proyecto personal de DPC logran una fuente de satisfacciones y de equilibrio personal que suelen compensar los sacrificios realizados.

El otoño profesional obliga a reflexionar sobre si nos estamos deslizando hacia la atrofia o la hipertrofia, y a solicitar asesoramiento a colegas de confianza para adoptar medidas correctoras. En algunos casos, es el momento de replantear el enfoque profesional en función de las oportunidades que se ofrezcan en áreas complementarias a la asistencial (gestión, docencia, investigación).

El invierno de la vida profesional merece un estudio monográfico. Un mero análisis sociológico probablemente sería muy duro y desalentador si nos limitáramos a describir el modo en que, al menos en España, nuestras instituciones están tratando a los médicos veteranos, y de qué manera se está desperdiciando su experiencia, llegando incluso a políticas de jubilación precoz que sólo están siendo frenadas por los ajustes del mercado laboral. Detrás de estas estrategias planea probablemente la idea de muchos directivos, considerando que a partir de una determinada edad se pierde agilidad para salir corriendo ante una urgencia.

“Para mantener la excelencia profesional la asistencia debe complementarse con la formación continuada. La función del médico no es sólo realizar tareas asistenciales; necesita también disponer de tiempo en su jornada laboral para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, así como para la docencia y la investigación” (8).

La independencia del desarrollo profesional

Una expresión clarividente de lo que significa la independencia para el médico se encuentra formulada en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, de 1981: “La independencia profesional es un derecho y un deber del médico, pero sobre todo es un derecho de los pacientes a ser tratados por médicos que toman sus decisiones clínicas libremente, sin interferencias externas”. Se trata de un concepto muy vinculado a la libertad de prescripción, que no es sólo

un privilegio congénito del médico, sino una garantía para el paciente.

Las amenazas para la independencia del médico proceden de intereses ajenos al estricto beneficio del paciente y han sido históricamente de índole económica o ideológica. Uno de los problemas clásicos para la independencia del DPC surge en el marco de la financiación de la formación continuada. En una declaración de la Comisión Central de Deontología de los Colegios de Médicos de España sobre “Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y la empresas sanitarias”, se definen los criterios deontológicos fundamentales al respecto, entre los cuales el más importante, en sintonía con la mayoritaria opinión internacional, es la transparencia en el patrocinio de las actividades de formación continuada. Con gran realismo en este documento deontológico se señala: “Actualmente la administración sanitaria en España dedica escasos recursos a la formación continuada de los médicos, dejando en manos de la industria farmacéutica gran parte de su financiación. En esta situación, y teniendo en cuenta los salarios que reciben los médicos en España, es comprensible que, para acceder a la necesaria actualización profesional, se recurra a la industria sin cuya ayuda los congresos médicos actualmente serían inviables. Por estas razones y mientras no se modifique este marco, es recomendable que los médicos se asesoren a través de las comisiones de deontología cuando se planteen dilemas éticos en su relación con la industria farmacéutica y sanitaria”. De tal modo, “se acepta que la industria farmacéutica organice y financie actividades científicas y de formación que suponen un valor añadido a la educación médica continuada, pero sin olvidar que ésta es una obligación ética primaria del médico, en cuyo desarrollo práctico tiene una responsabilidad ineludible la institución, en cuyo seno el médico desarrolla su actividad profesional con una dedicación exclusiva o preferente”.

Aflar la sierra

Se cuenta que un leñador se encontraba trabajando en el bosque, febrilmente dedicado a cortar un árbol con una sierra, y alguien le hace una pregunta, estableciéndose este diálogo:

- ¿Qué está usted haciendo?
- ¿No lo ve? –responde con impaciencia—. Estoy cortando un árbol.

- ¿Se le ve exhausto! ¿Cuánto tiempo hace que trabaja?
- Más de cinco horas y estoy molido. Esto no es sencillo.
- ¿Por qué no hace usted una pausa durante unos minutos y afila la sierra? Estoy seguro de que cortaría mucho más rápido.
- No tengo tiempo de afilar la sierra –responde el leñador enfáticamente—. Estoy demasiado ocupado aserrando.

Esta sencilla anécdota se utiliza en los manuales de política de empresa, para explicar la necesidad de preservar la capacidad del personal con cuidados que renueven las fuerzas físicas, mentales y espirituales(15).

Se pueden producir situaciones paradójicas que en el campo de la sanidad comportan serios riesgos, tal como se ha advertido en un informe de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos de España: “Se deben establecer límites en el tiempo en que un médico realiza una tarea asistencial sin una pausa de descanso, aunque esto pueda ser variable en función de las características de la actividad realizada. Se debe denunciar que con frecuencia estas condiciones básicas, tanto en la dedicación de tiempo a cada paciente como en la prolongación de la consulta atendida por un solo médico, están siendo gravemente ignoradas, con el correspondiente riesgo para la seguridad de los pacientes y de los facultativos”(16).

Una institución dedicada a la provisión de servicios sanitarios no debería permitir que un facultativo se dedique a visitar pacientes de manera continuada y sin descansos, tal como está ocurriendo en muchos centros. La resignación ante estas situaciones, mantenidas en el tiempo y sin un horizonte de solución, tiene un efecto tóxico sobre el DPC.

Las condiciones de seguridad en el trabajo en los países avanzados han experimentado un avance indiscutible en prácticamente todos los ámbitos laborales. Sin embargo, en el ejercicio de la medicina se toleran condiciones muy particulares en relación con las horas de dedicación a la atención directa de pacientes y en el modo de colocar a los profesionales como muro de contención ante el consumismo sanitario. Esto, junto con la escalada de judicialización de la medicina, condiciona un clima laboral de malestar en la profesión médica que debería hacer reflexionar a la sociedad. Desde las organizaciones profesionales debemos defender la naturaleza del auténtico profesionalismo, haciendo

pedagogía de cómo la garantía de calidad exige una medicina impregnada de humanismo, incompatible con determinadas condiciones de masificación asistencial.

Conclusión

La ética se convierte en el motor y la energía del DPC, y éste a su vez lo es de la CA. Esto se puede definir en tres círculos concéntricos. En el centro se encuentra un núcleo duro que anida en la intimidad de la conciencia, en la cual se reflexiona y se cristalizan los valores, actitudes y virtudes personales (respeto, comprensión, compasión, etc.). Es donde se toman decisiones y se mantiene el pulso del esfuerzo que esta tarea requiere, marcando cada cual su propio ritmo de autoexigencia. En el siguiente círculo entran en escena las relaciones de equipo y con otros profesionales, donde se establecen relaciones de reciprocidad. Por último, el tercer círculo abarca el sistema sanitario con sus condicionantes, positivos y negativos, donde se debe garantizar la independencia y apoyos institucionales que estimulen el DPC.

Al final, la dimensión ética de una vida profesional se sustancia en el grado de responsabilidad que se asume en cada uno de estos niveles. En el primer círculo la responsabilidad es personal e intransferible y cada cual acaba adoptando su propia posición. En el segundo cabe una cierta dilución de la responsabilidad personal, pero siempre deberemos tener la honestidad de examinar qué estamos aportando al DPC de nuestros compañeros. En el tercero la responsabilidad se comparte con los grupos sociales intermedios que tienen capacidad de influencia en las políticas sanitarias y en

la ordenación de la profesión: colegios profesionales, sociedades científicas y sindicatos.

William Osler decía en una conferencia a los estudiantes de la Universidad de Toronto en 1903: “¿Cómo podéis sacar el máximo partido de vuestras aptitudes con el mínimo esfuerzo posible? Cultivando el método. Digo cultivando deliberadamente, dado que algunos de vosotros encontraréis muy difícil la adquisición de hábitos metódicos. Hay mentes congénitamente ordenadas; otras luchan toda la vida contra una tendencia heredada a la prolijidad y al descuido en el trabajo. Algunos compañeros brillantes intentan prescindir completamente del método, pero son una carga para sus hermanos y una dolorosa prueba para sus íntimos. He oído comentar que el orden es el distintivo de la mente ordinaria. Puede que así sea, pero como profesionales de la medicina debemos estar agradecidos de entrar en esta útil categoría. Permitidme que suplique a quienes estáis aquí por primera vez que guardéis en el corazón lo que digo sobre este asunto” (17).

El servicio a los demás es el mayor acto posible de libertad. Sólo si se entiende la profesión como un servicio a la humanidad, expresada en cada paciente, se puede entender la lógica de la ética del Desarrollo Profesional Continuado. Y sólo se puede garantizar la CA si logramos que los profesionales desarrollen un satisfactorio progreso de su carrera. Es imprescindible que los servicios de personal y de recursos humanos de las instituciones sanitarias entiendan este mensaje y dediquen sus energías a cuidar la promoción de sus profesionales.

Referencias

1. Mainz J. Quality indicators: essential for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2004; 16 (Supl. 1): i1-i2.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966 Jul; 44(3): Suppl: 166-206.
3. VVAA. *La ética de las organizaciones sanitarias en los modelos de calidad: propuestas de mejora para su desarrollo en España*. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2003.
4. Sanz E. Ética de la Calidad Asistencial. *Rev. Calidad Asistencial* 2004; 19 (Extraordin. 1): 7-23.
5. Ortega y Gasset J. *La Rebelión de las Masas* (edición conmemorativa). Madrid: Espasa Calpe; 2005: 118.
6. Self DJ, Baldwin DC Jr. Does medical education inhibit the development of moral reasoning in medical students? A cross-sectional study. *Acad Med* 1998 Oct; 73 (10 Suppl): S91-S93.
7. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ* 2003 Apr 1; 168 (7): 840-844.
8. Gómez Sancho M, Altisent R, Batiz J, Ciprés L, Fernández-Gutiérrez P, Herranz-Martínez JA, Pérez-Martí M, Viñas J. *Los Valores de la Medicina*. Organización Médica Colegial de España, 2008.
9. Popper K. *Búsqueda sin término: una autobiografía intelectual*. Madrid: Tecnos; 1977.

10. Altisent R, Martín MN, Serrat D. Ética y Medicina de Familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, (ed.) *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008: 279-300.
11. Asbjorn Olm H. Quality in continuing medical education. *BMJ* 1998; 316: 624-624.
12. Altisent R, Batiz J, Torrubia MP. Making good decisions. En: Walsh J, (ed.) *Palliative Medicine*. New York: Elsevier 2008; 643-647.
13. Witte ChL, Witte MH, Kerwin A. Ignorance and the process of learning and discover in Medicine. *Controlled Clinical Trials* 1994; 15: 1-4.
14. Wilson DG. The invaluable art of unlearning. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1988; 81: 3-6.
15. Covey SR. *Los siete hábitos de la gente altamente efectiva*. Barcelona: Paidós; 1997.
16. Tiempos mínimos en las consultas médicas. Declaración de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos de España (Madrid, 25 de enero de 2008).
17. Osler W. La palabra clave en medicina. En: *Un estilo de vida y otros discursos, con comentarios y anotaciones*. Madrid: Unión Editorial; 2007: 329.

Recibido: 23 de junio de 2010

Aceptado: 18 de julio de 2010