

**Profesión médica en la encrucijada:
hacia un nuevo modelo de gobierno
corporativo y de contrato social**

**Albert J. Jovell
María D. Navarro**

Documento de trabajo 98/2006



Albert J. Jovell Fernández

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, doctor en Public Health, máster en Science in Health Policy and Management, máster en Public Health in Epidemiology (Harvard Univ.), doctor en Sociología.

Actualmente es director general de la Fundación Biblioteca Josep Laporte, profesor asociado de Medicina Preventiva y Salud Pública (UAB), presidente del Foro Español de Pacientes y director del Programa de Modernización y Confianza en los Sistemas Sanitarios.

Dirige en estos momentos diversos proyectos de investigación como principal investigador.

Su actividad se refleja en más de un centenar de artículos científicos y periodísticos, la publicación de diferentes capítulos de libros y en conferencias en instituciones extranjeras y nacionales.

M.^a Dolores Navarro Rubio

Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (2003) y doctora en Medicina y Cirugía (Programa de doctorado: Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica).

Máster en Public Health in Public Management and Community Health (MPH)

y máster en Science in Maternal and Child Health (MS) por la Universidad de Harvard.

Trabaja en la Universidad Pompeu Fabra en el Máster en Dirección de Comunicación. En la Fundación Biblioteca Josep Laporte es directora del Observatorio Salud y Mujer, y presidenta del Foro Catalán de Pacientes.

Anteriormente ha sido investigadora de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Biomédica y directora de la Fundación Mutua de Terrassa para la Formación y la Investigación Biomédica y Social.

Desde su experiencia docente e investigadora ha elaborado diversas publicaciones científicas, ponencias y participa en foros de debate desde 1993 en centros nacionales e internacionales.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Albert J. Jovell Fernández y M.^a Dolores Navarro Rubio

ISBN: 84-96653-21-8

Depósito Legal: M-36181-2006

Contenido

Resumen ejecutivo	5
1 El profesionalismo médico	7
1.1 Los retos de la profesión médica en el siglo XXI	7
1.2 La definición de profesionalismo	8
2 Cambio social y profesión médica	10
2.1 Los elementos promotores del cambio social	10
2.2 La gestión del cambio	11
2.3 La transición laboral	13
2.4 Los efectos de la globalización	14
2.5 El cambio político	15
3 La historia natural reciente de la profesión médica	16
3.1 El concepto de profesión	16
3.2 El contrato social implícito	17
3.3 El concepto de confianza	18
3.4 El cuestionamiento del contrato social implícito	19
3.5 La gestión del contrato social	20
3.6 La organización del trabajo	21
3.7 Los cambios demográficos en la profesión médica	22
3.8 La crisis de legitimación del contrato social implícito	23
4 El nuevo modelo de relación médico-paciente	24
4.1 El nuevo modelo de paciente	24
4.2 El profesionalismo centrado en los pacientes	25
5 El médico como profesional del conocimiento	28
5.1 La división del conocimiento especializado	28
5.2 La condición de doble agente principal	29
5.3 El juicio médico	30
5.4 El credencialismo	31
5.5 Los referentes de excelencia profesional	32
5.6 La colegiación	33
5.7 La certificación	34
6 ¿Hacia un nuevo modelo de práctica profesional? Retos y oportunidades	36
6.1 Las bases de un contrato social explícito	36
6.2 Los conflictos latentes de intereses	36

6.3	La deliberación democrática	38
6.4	El liderazgo profesional	40
6.5	La recertificación profesional	41
6.6	La rendición inteligente de cuentas	42
6.7	El contrato social explícito	44
7	Por una agenda del cambio	46
	Índice de Tablas	50
	Bibliografía	51

Siglas y abreviaturas

GMC	General Medical Council
INGESA	Instituto de Gestión Sanitaria
PM	Profesión Médica
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud

Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social

Albert J. Jovell y María D. Navarro

Médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública

La profesión médica se enfrenta a nuevos retos y oportunidades, que surgen en un entorno de cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad. En este entorno de cambio destacan tres fenómenos sociales sobre los demás: los cambios en la estructura laboral de las profesiones sanitarias, la aparición de un nuevo modelo de paciente y de ciudadano y la transformación y aumento de la complejidad en la gestión del conocimiento. A ello se une la colectivización de la provisión de los servicios sanitarios como estrategia para garantizar un acceso equitativo a los mismos. Estos fenómenos modifican el contenido del contrato social implícito entre la profesión médica y la sociedad, de manera que urge su transformación en un contrato explícito que gestione y responda mejor a las expectativas de ambas partes. El elemento que mantiene ese contrato es la confianza existente entre la profesión y la sociedad. Así, la sociedad establece un conjunto de demandas a la profesión médica que, a cambio de comprometerse a atenderlas de forma apropiada, le garantiza poder retener parte de los privilegios adquiridos. Para ello se deben formalizar nuevos mecanismos de autorregulación mediante el credencialismo, y establecer sistemas objetivos de rendición inteligente o razonable de cuentas a la sociedad. En ausencia de una presentación homogénea de la profesión y de una definición explícita del contenido del contrato con la sociedad, la profesión médica se encuentra en una difícil encrucijada que conlleva un riesgo de deslegitimación social y la pérdida progresiva de los privilegios obtenidos. En este sentido, el reto de los médicos de hoy está en saber responder de forma efectiva a las necesidades de la sociedad del siglo XXI y a la confianza otorgada por los pacientes.

En el esquema de credencialismo propuesto en este trabajo, las facultades de medicina y cirugía y los colegios de médicos asumirían el compromiso de definir los criterios que otorgarían la licencia profesional. Los colegios profesionales, las administraciones públicas y las sociedades científicas determinarían los criterios de certificación y recertificación basados en el cumplimiento de programas estructurados de formación y evaluación de competencias. Los sindicatos asumirían la defensa de los derechos de los profesionales en su relación con los empleadores y en su condición de trabajadores por cuenta ajena. En todas estas funcio-

nes se debería integrar la visión de los representantes de las asociaciones de pacientes dentro de un modelo democrático de relación entre agentes sociales.

En el presente informe se realizan las siguientes propuestas con respecto a lo que debería hacer la profesión médica para hacer explícito el contrato social implícito:

- Promover modelos de excelencia en el liderazgo en las organizaciones colegiales y en las instituciones sanitarias que faciliten la gestión del cambio.
- Fomentar un marco laboral que incluya la interdisciplinariedad, la conciliación de la vida familiar y laboral y la promoción de estrategias planificadas de jubilación parcial.
- Promover estrategias que aumenten la confiabilidad de la profesión médica, entre ellas el desarrollo de una estrategia de profesionalismo centrado en los pacientes, la revisión de los códigos deontológicos y la evaluación de la competencia profesional.
- Reconocer las limitaciones de la práctica de la medicina y gestionar las expectativas de los pacientes con la finalidad de evitar demandas innecesarias o poco realistas.
- Incorporar a los médicos en la mejora de la atención sanitaria mediante una apertura de los colegios profesionales a la sociedad y a la participación representativa en los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias.
- Fomentar la igualdad de oportunidades en el acceso a las posiciones de responsabilidad en las organizaciones colegiales.
- Establecer un contrato social explícito basado en la creación de mutualismos con los diferentes agentes de salud, que tenga como actores principales a los médicos, a los pacientes y a las administraciones sanitarias.
- Promover la enseñanza de los valores del profesionalismo en las facultades de medicina y cirugía, así como de las competencias transversales.
- Establecer mecanismos de resolución de los conflictos latentes asociados a la condición de doble agente principal del sistema, basados en los principios de la democracia deliberativa.
- Establecer que la colegiación obligatoria justifica su razón de ser en un contexto social de transparencia en los compromisos adquiridos con la sociedad, de estándares definidos de buena práctica clínica y de rendición inteligente de cuentas.
- Diseñar un plan estratégico, a modo de contrato social de la profesión, que aúne el posicionamiento de los diferentes colegios de médicos en relación con la profesión y los compromisos en relación con la sociedad y con las Administraciones públicas, similar al denominado Medical Professionalism Project.
- Incentivar la adopción de mecanismos de certificación periódica de las competencias profesionales.

1. El profesionalismo médico

*“Para crear y mantener la confianza en la profesión,
los médicos tienen que asegurarse de que su práctica
refleja el comportamiento que la sociedad espera de ellos”*
On being a doctor

1.1 Los retos de la profesión médica en el siglo XXI

El debate sobre el rol social de la profesión médica (PM) se ha abierto en diferentes países occidentales, fundamentalmente en el Reino Unido, en Canadá y en los Estados Unidos de América. Las causas que han promovido este renovado interés sobre la relación entre PM y sociedad en esos países surgen de una combinación de fenómenos ocurridos a nivel local, como han sido la visualización en los medios de comunicación de situaciones en las que se han vulnerado los códigos éticos profesionales o el auge del sistema de medicina gestionada o *managed care* en los Estados Unidos y la reforma del National Health Service en Inglaterra y Gales, a la vez que otros más globales, como pueden ser la aparición de un nuevo modelo de paciente más activo en el control de su salud o la introducción de nuevas estrategias de gestión clínica. Este conjunto de fenómenos sociales, tanto globales como locales, produce un cambio en las expectativas de los profesionales y de los diferentes agentes sociales, incluida la población general, con respecto a las posibilidades y límites de la medicina, así como al estatus y a los roles de la PM. La determinación de cuáles han de ser los nuevos roles que debe asumir la PM para responder mejor a esas nuevas expectativas constituye el ámbito de estudio de lo que en sociología se conoce como “profesionalismo médico”.

En el presente trabajo se aborda la cuestión de cómo el cambio social podría afectar a la estructura y al gobierno corporativo de la PM en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se realiza, además, un análisis sobre las causas globales y locales que promueven un cambio social que puede modificar los valores que conforman el profesionalismo médico. Asimismo, se presentan tres fenómenos sociales que condicionan una modificación del contrato social entre PM y ciudadanía: los cambios en la estructura y en los roles de la PM; la aparición de un nuevo modelo de ciudadano más informado y que quiere disponer de una mayor capacidad de decisión y elección; y los cambios en el modelo de conocimien-

to que fundamenta la PM. Para la realización de este análisis se ha partido de un trabajo previo realizado por uno de los autores (Jovell, 2001), una monografía y un artículo reciente sobre el tema (Oriol Bosch y Pardell, 2004; Pardell, 2003) y diferentes documentos y bibliografía básica publicada en los últimos años en el Reino Unido y en los Estados Unidos, que se citan en el apartado de bibliografía. También se han utilizado datos de diferentes estudios realizados por la Fundació Biblioteca Josep Laporte en ciudadanos y pacientes.

Las diferentes fuentes de información utilizadas para la realización de este informe permitirían situar el profesionalismo tanto como fenómeno global, lo que haría posible realizar una valoración de los cambios que podrían tener lugar en los próximos años, como local, lo que facilitaría su contextualización en el SNS. La utilización de los resultados obtenidos en estudios de pacientes y ciudadanos situaría el análisis del fenómeno del profesionalismo en un contexto basado en datos recientes más que en uno fundamentado en juicios de valor realizados por expertos. En este sentido, cabe anticipar que no se está produciendo en el SNS una discusión sobre este tema similar a la que tiene lugar en el Reino Unido y en los Estados Unidos, siendo, por lo tanto, el debate del profesionalismo un fenómeno emergente en nuestro país, ubicado en un ámbito más académico que profesional.

Tampoco se está produciendo en España una tendencia sin retorno a lo que se podría considerar una desprofesionalización de la PM, aunque los autores de este trabajo mantienen la hipótesis de que un gran número de médicos tienen la percepción de que se han perdido los valores del profesionalismo, lo que permitiría explicar algunas de las reivindicaciones realizadas recientemente por los médicos. Además, los resultados de las encuestas realizadas sugieren que no parece existir una erosión de la confianza que la sociedad tiene depositada en la PM, sobre todo en el médico de cabecera, principal referente del sistema sanitario para la mayoría de los pacientes. Posiblemente, el cuestionamiento de los valores del profesionalismo que se está produciendo en otros países constituya más un fenómeno asociado a determinadas elites universitarias y profesionales, que han visualizado de forma anticipada y acertada la necesidad de modificar el contrato social entre PM y sociedad para poder responder mejor a los cambios de valores y expectativas de los pacientes y los ciudadanos.

1.2 La definición de profesionalismo

En la realización de este trabajo se ha adoptado la definición de profesionalismo utilizada por el Royal College of Physicians de Londres, extraída del Oxford English Dictionary. Esta definición de profesionalismo se podría adaptar de la siguiente forma:

“Una ocupación cuyo trabajo fundamental está basado en el dominio de un conjunto de habilidades y conocimientos. Es una vocación basada en la utilización del conocimiento,

el aprendizaje o la práctica de una ciencia o un arte que la fundamenta y que se pone al servicio de los demás. Sus miembros profesan en su área de trabajo un compromiso con la competencia, la integridad y la moralidad, el altruismo y la promoción del bien público. Estos compromisos forman parte del contrato social entre profesión y sociedad, por el que se otorga a la primera como compensación el derecho a la autonomía en el ejercicio de su trabajo y el privilegio de la autorregulación. Las profesiones y sus miembros deben rendir cuentas a aquellos a los que se presta servicio y a la sociedad”.

2. Cambio social y profesión médica¹

2.1 Los elementos promotores del cambio social

La sanidad y la práctica de la medicina están inmersas actualmente en el proceso de cambio social más importante de su historia. Este cambio social vendría motivado por dos fenómenos de tipo global: el paso desde un modelo de sociedad industrial a uno de sociedad del conocimiento, y la evolución de un paradigma posmodernista a otro de modernización reflexiva o sociedad de riesgo. Ambos fenómenos afectan de forma directa a la práctica de la medicina, al ser ésta una profesión basada en el conocimiento y al situar el ejercicio profesional en el manejo de la incertidumbre. El sociólogo alemán Ulrich Beck define el concepto de sociedad del riesgo como “aquella en la que la producción del conocimiento conlleva la creación de situaciones de mayor incertidumbre y, por lo tanto, se ve obligada a satisfacer el requisito de buscar expertos que evalúen los beneficios y riesgos asociados a la misma” (Beck, 1998). La incertidumbre no sólo se produce por los avances de la ciencia y la tecnología, sino por los cambios en las organizaciones y en la adopción de nuevas formas de ejecución del trabajo, en las adscripciones de las personas, donde la variable clase social se ve ampliada por otras múltiples posibilidades voluntarias de afiliación grupal, en la estructura de las ocupaciones sanitarias y en los modelos de relación social.

Los elementos condicionantes de este cambio social en sanidad pueden caracterizarse para ser analizados bajo el concepto de “transiciones sanitarias”. Las principales transiciones aparecen descritas en la Tabla 1. El análisis de este proceso de cambio social presenta tres características generales o tendencias: es multifactorial, se produce en tiempo real, sin que exista un marco cronológico o temporal específico que permita su delimitación, y supera la capacidad de asimilación y reacción inmediata de aquéllos que tienen que responder a las nuevas necesidades que genera. Es un cambio social de evolución incierta y, por lo tanto, se mueve en torno a la dicotomía sociológica, propia de la modernización reflexiva, de certidumbre-incertidumbre. Paradójicamente, ésta es una dicotomía donde la búsqueda de certeza genera una mayor incertidumbre, de forma que en torno a ella se produce un conflicto latente por el control de los denominados procesos de deter-

¹ Este análisis es una continuación del realizado en: Jovell, A. J., El Futuro de la Profesión Médica: Análisis del Cambio Social y los Roles de la Profesión Médica en el Siglo XXI, que puede encontrarse en www.fbjoseplaporte.org/confianza.

minación o sobre la veracidad de los juicios de valores entre científicos, PM, políticos y gestores. A este proceso se van a incorporar en los próximos años de forma más activa los pacientes y los ciudadanos, destinatarios y financiadores finales de los servicios de atención sanitaria.

2.2 La gestión del cambio

La intensidad y la rapidez del cambio, así como las nuevas necesidades que éste produce, precisan la implantación de una estrategia global de gestión del cambio que dé respuesta a los retos promovidos por el conjunto de transiciones sanitarias antes citadas. Por ello, siguiendo la noción enunciada por Kotter, los procesos de cambio social posiblemente no requieran la adopción de estrategias clásicas de gestión, sino que precisen el desarrollo de estructuras directivas basadas en el liderazgo (Kotter y Cohen, 2002). En otras palabras, el cambio que se está produciendo en los sistemas sanitarios no admite un enfoque de gestión tradicional, basado en la planificación y en la resolución técnica y racional de los problemas, sino que exige la presencia de líderes capaces de dirigir organizaciones complejas en condiciones de caos e incertidumbre. Este modelo de liderazgo, que algunos autores denominan de gestión del cambio social, debería abordar tres escenarios de gestión o liderazgo propios de la sociedad del riesgo: la gestión del conocimiento, la gestión de los recursos humanos y la gestión de los valores (Jovell, 1999a).

La gestión del conocimiento constituye un elemento central de análisis, al ser la PM una profesión basada en el conocimiento, cuyo trabajo se desarrolla en las denominadas organizaciones basadas en el aprendizaje. La práctica de la medicina es un proceso continuado de producción y transferencia de conocimiento. Está basada en los procesos de creación, difusión y aplicación del conocimiento. La gestión de los recursos humanos tiene que contemplar el ejercicio de la medicina como una profesión, más que como un mero empleo u ocupación, acorde con la definición sociológica de profesionalismo adoptada para la realización de este trabajo. Se debería entender que el profesional es el

Tabla 1. Transiciones sanitarias

- | | |
|------------------|-------------|
| • Demográfica | • Judicial |
| • Epidemiológica | • Económica |
| • Tecnológica | • Mediática |
| • Educativa | • Política |
| • Laboral | • Ética |
-

Fuente: Elaboración propia

“propietario de su conocimiento”, y que el beneficio social que se pueda obtener de su aplicación está en función de los incentivos que se generen para que lo utilice de forma apropiada. Finalmente, en ausencia de “certezas” o marcos de referencia y de determinación estables, la gestión de la complejidad implicaría definir de forma explícita un conjunto de valores básicos que ejerzan de elemento de cohesión entre los profesionales y constituyan el referente social de la PM, tanto para los profesionales como para los ciudadanos y los diferentes agentes de salud.

Los tres ámbitos de gestión del cambio citados afectan a los denominados principios o valores del profesionalismo. Las diferentes transiciones enunciadas en la Tabla 1, como elementos del cambio social, promueven variaciones específicas en las habilidades, las actitudes y los valores que determinan la práctica de la medicina. De esta forma, los movimientos migratorios requieren de profesionales capaces de ejercer sus habilidades en entornos de diversidad cultural y étnica. Además, el nuevo modelo de enfermar presenta, desde una perspectiva epidemiológica, una mayor prevalencia de la enfermedad crónica y de la pluripatología o comorbilidad. Esta presentación epidemiológica requeriría tres tipos de compatibilidades profesionales: entre subespecialidades médicas, entre subespecialidades y especialidades generalistas –como son la medicina interna, la medicina familiar y comunitaria, y la geriatría–, y entre las diferentes profesiones y ocupaciones sanitarias. El nuevo modelo de enfermo precisaría un abordaje interdisciplinar más que uno uni- o multidisciplinar, y el manejo clínico está más basado en la provisión extensiva y continuada de cuidados que en el uso intensivo y ocasional de recursos sanitarios.

Este nuevo patrón de enfermedad no es óbice para que la medicina se vea inmersa en una era de enormes posibilidades tecnológicas gracias a los avances de la ciencia. Estas innovaciones constituyen el paradigma de la antes citada sociedad del riesgo (Beck, 1998). La eclosión de la genética, el desarrollo de nuevos modelos celulares, el perfeccionamiento de las técnicas dinámicas de diagnóstico por la imagen y las aplicaciones potenciales de la nanotecnología, entre otras posibilidades, generan grandes expectativas en torno a las posibilidades de la ciencia y su contribución potencial a la curación de enfermedades, hasta la fecha incurables, así como en la mejora de la calidad y la esperanza de vida de los enfermos. Es un modelo de cambio social que promete avances y certezas aunque, a cambio, ofrece más incertidumbre, y en el que destacarían la preeminencia de la ciencia y de los científicos como nuevos referentes sociales. Esta previsible revolución tecnológica supondría una caracterización diferente del concepto de progreso, que estaría más centrado en las posibilidades de la ciencia que en los avances sociales. Entre estos últimos debería destacarse el logro social que ha supuesto la existencia de un acceso universal gratuito a un conjunto muy amplio de prestaciones básicas para todos los residentes en el Estado español.

Capítulo aparte merece la escasa implantación, en relación con las posibilidades de mejora de la calidad asistencial que ofrece, de las tecnologías de la información y de la comunicación en el SNS, y el poco conocimiento que se está generando en torno a las inno-

vaciones atribuibles a los cambios en las organizaciones, en los modelos de gestión o en el desarrollo de políticas sanitarias específicas. Finalmente, la rapidez con la que se introduce el nuevo conocimiento obliga a considerar los conflictos de intereses potenciales asociados a su propiedad y su difusión.

2.3 La transición laboral

La globalización y los nuevos escenarios que pueden surgir en un muy probable entorno sanitario europeo condicionan una formación profesional que tendría que seguir unas directrices comunes en todos los países europeos. Ello supone cambios en el modelo educativo y en la normativa laboral. A la movilidad de los profesionales dentro de los países de la Unión Europea se une la de los pacientes, por lo que la PM y las organizaciones sanitarias deberían estar en condiciones de responder no sólo a un nuevo modelo de paciente, que se describe más adelante en este trabajo, sino a una diversidad de modelos de pacientes, con diferentes valores, expectativas y actitudes ante el hecho de enfermar. Este nuevo modelo de paciente tendrá más educación reglada y se comportará más como un consumidor y cliente de los de servicios sanitarios que como un mero enfermo, por lo que dispondrá de más información y exigirá mayor capacidad de decisión y elección. Con este paciente y su familia no sólo tendrá que tratar la PM, sino también las demás profesiones sanitarias y las organizaciones proveedoras y financiadoras. Por otra parte, el número de profesiones caracterizadas como sanitarias ha aumentado en los últimos años, como bien se puede comprobar en el denominado Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias de la Generalitat de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2001).

Aparte de existir una mayor división social del trabajo sanitario, la transición laboral podría suponer, como consecuencia de la disminución del número de médicos disponibles y de la oferta en determinadas especialidades, la necesidad de introducir estrategias de mercado en la contratación de los servicios prestados por los profesionales de la medicina. A ello se unen otros fenómenos sociales, como son: la creciente feminización de la PM, las jubilaciones masivas de médicos previstas para los próximos 15 años en España, la difícil determinación de las fronteras entre los ámbitos de competencia de las diferentes profesiones sanitarias y la necesidad de una mejor coordinación de ellas para conseguir una atención más efectiva y segura de los pacientes. En este sentido, queda pendiente la implantación en el SNS de las iniciativas propuestas por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Aubia, 2004). Por otra parte, un paciente o familiar de paciente que adopte una perspectiva de cliente o consumidor puede ser más proclive a presentar reclamaciones o demandas judiciales en aquellos casos en los que la atención sanitaria recibida no satisfaga sus expectativas, con lo que se introduce un nuevo elemento a considerar en la evolución incierta de los sistemas sanitarios modernos. La experiencia de otros países indica que la ausencia de un consenso entre profesionales, proveedores y pa-

cientes promueve la judicialización de los conflictos, lo que incrementa los costes de la atención sanitaria como consecuencia de la promoción de estrategias de medicina defensiva y el elevado coste de las pólizas de los seguros de protección médica. En este sentido, sería importante instaurar entre los usuarios de los servicios sanitarios una cultura de obligaciones, a la par que una de derechos.

2.4 Los efectos de la globalización

La globalización también podría suponer cambios en los modelos empresariales de producción de tecnologías sanitarias y de provisión de servicios médicos. Así, la gran industria farmacéutica tenderá a fusionarse con el propósito de reducir los costes imputables al riesgo asociado a la inversión en investigación y desarrollo. También introducirán nuevas formas de gestión empresarial que diversificarían los riesgos de la inversión y promoverían deslocalizaciones: de la producción a los mercados emergentes del Este de Europa, China e India, y de la investigación hacia los grandes *clusters* universitarios donde se garantice una producción más eficiente del conocimiento. La biotecnología seguirá este último modelo de negocio, basado en un uso intensivo de capital y conocimiento. A ello se uniría la introducción de fórmulas de gestión de la investigación basadas en esquemas de riesgo compartido, como los introducidos en el National Health Service británico, como modelo de financiación de nuevas tecnologías. Esta situación influenciaría de forma específica en la determinación de qué centros y quién podrá realizar investigación médica de calidad. Finalmente, la globalización promoverá el desarrollo de consorcios de provisión de servicios sanitarios, con el objetivo de favorecer la implantación de economías de escala y de contener los costes asistenciales mediante una gestión más eficiente.

Estas decisiones de tipo empresarial tendrán que hacerse compatibles con un modelo de decisión médica individualizada, que tiene lugar en el contexto de múltiples relaciones médico-paciente específicas y que constituyen el núcleo relacional donde se ejecuta el contrato social implícito entre PM y sociedad.

Las tendencias aquí expuestas se asocian con una mayor visualización de todo lo relacionado con la salud y la sanidad a través de los medios de comunicación y de Internet. Los medios suelen situar y determinar la noticia sanitaria como un concepto asociado a lo “nuevo”, bien sea un potencial avance científico, una amenaza para la salud pública o una disfuncionalidad ocasional del sistema sanitario. La resonancia mediática de esas noticias produce una distorsión probabilística en la interpretación social de la normalidad, como bien se ha podido comprobar recientemente con el llamado “fenómeno de las vacas locas”. Por otra parte, Internet ha supuesto pasar de una situación de acceso restringido a la información sanitaria a otra en la que cualquier persona que tenga acceso a este medio puede encontrarla sin restricciones, sin que haya existido un período previo de transición y adaptación. Esta universalización de la información sanitaria es importante,

si se tiene en cuenta que el hecho de acceder a más información puede implicar un nivel de desinformación mayor que en condiciones de acceso limitado, sobre todo si no existen garantías de veracidad e idoneidad de los contenidos disponibles. Además, hay intereses creados que difunden noticias erróneas, generan falsas expectativas en los pacientes y promueven fraudes a través de ese medio.

2.5 El cambio político

Dos transiciones que pueden determinar importantes cambios en la PM son la política y la ética. La transición política ha supuesto la estructuración del SNS en 17 servicios de salud –uno por cada comunidad autónoma– y el INGESA para Ceuta y Melilla. Esta situación de devolución de la gestión de la atención sanitaria a los parlamentos autonómicos, junto con el hecho de que sean los servicios de salud de las comunidades autónomas o las entidades que éstos financian los principales proveedores de la asistencia sanitaria y los que contratan a la mayoría de los profesionales de la medicina en activo, condicionarán el desarrollo e implantación de las nuevas estrategias de recursos humanos, en lo que se refiere a la PM, objeto de análisis de este trabajo. En todo caso, esta estructura territorial de 17 servicios de salud se ve complementada por una estructura federal *de facto* de sociedades científicas, sindicatos y colegios de médicos, que pueden organizarse en torno a la defensa de intereses comunes para toda la PM en el SNS.

Es en este último aspecto donde destaca la transición ética, sobre todo en lo relacionado con la definición de un conjunto de valores propios de la PM o del profesionalismo, materializados hasta la fecha mediante un contrato social implícito entre profesión y sociedad, que no tenía en cuenta a los empleadores, sean éstos los gobiernos o entidades privadas. La necesidad de colectivizar la financiación y la provisión de los servicios sanitarios se asocia a la creciente preponderancia de los Estados y sus administraciones como empleadores de la PM y como financiadores de la sanidad en la mayoría de los sistemas sanitarios modernos. Ello introduce, también, nuevas consideraciones contextuales en el contrato social entre PM y sociedad, que son objeto de análisis en este trabajo, pero que pasan por la incorporación al mismo de las instituciones sanitarias como parte contractual.

3. La historia natural reciente de la profesión médica

3.1 El concepto de profesión

Desde una perspectiva sociológica, el concepto de profesión se puede definir a partir de cinco criterios: estatus, roles, privilegios, obligaciones y valores. Max Weber definía el estatus como “una petición efectiva de estima social”, aunque, en el caso de las profesiones, quizás se debería hablar de una “solicitud efectiva de confianza” (Weber, 1944). El estatus se obtenía mediante determinados estilos de vida o la adquisición de un conocimiento formal y especializado. Siguiendo este razonamiento, el estatus de una profesión se consigue gracias a las expectativas que la sociedad tiene depositadas en sus roles. Esta situación asume el hecho de que la población a la que se presta servicio no estaría en condiciones de emitir juicios de valor sobre el conocimiento que fundamenta la profesión y las decisiones que se asocian a la aplicación del conocimiento. Esta determinación social y contractual de los roles de la PM ha permitido a la profesión dotarse de una serie de privilegios, entre los que destaca de forma específica el establecimiento de criterios de entrada para determinar qué personas pueden ser consideradas miembros. Además de este monopolio de entrada, la profesión, a través de sus códigos de conducta y de sus estatutos, ha determinado cuáles son las obligaciones y los valores que permiten responder de forma efectiva a las expectativas de la sociedad.

El concepto de profesión, en el contexto anterior, se distingue del de ocupación, al estar aquella determinada por la existencia de una formación especializada, que supone la adquisición y acreditación universitaria de un conjunto de conocimientos formales, así como por la determinación social de los roles que ello conlleva (Freidson, 2001). En el caso de la PM, a estos conocimientos formales ha añadido otros roles adicionales asociados a un conjunto de habilidades, conductas y valores específicos, como son el compromiso con el trabajo, el servicio altruista a los demás y la búsqueda de la excelencia. Los privilegios institucionales asociados al concepto de profesión son: la existencia de una organización colegial que determina los estándares de buena práctica profesional de sus miembros, la implantación de un código de conducta aplicable a todos los colegiados, una gestión del conocimiento que constituye la base de las habilidades y experiencias que determinan su actividad profesional, y un control de los procesos de formación y selección de nuevos profesionales.

3.2 El contrato social implícito

La determinación social de la medicina como una profesión se ha materializado mediante la existencia de un contrato social implícito entre la PM y la sociedad. Este contrato se origina en el denominado Juramento hipocrático. Las bases históricas de ese contrato determinarían, por un lado, las expectativas que tiene puesta la sociedad en la PM y, por el otro, los privilegios que ésta debería recibir a cambio (Tabla 2). Las características de ese contrato han estado establecidas por diferentes autores en la literatura médica, pero, básicamente, definirían la existencia de un acuerdo tácito entre la PM y la sociedad, por el cual la PM priorizaría entre sus objetivos la defensa de los intereses de la población y, en compensación, recibiría de ésta la potestad de autorregularse. De esta forma, la sociedad ha concedido a la PM los privilegios de autonomía de decisión, prestigio social, ventajas económicas, monopolio en el uso del conocimiento y capacidad de autorregulación (Cruess, R. L., Cruess, S. R., y Johnston, 2000).

La PM ha ofrecido a la sociedad que le ha concedido los privilegios mencionados una serie de garantías, entre las que se encuentran: la determinación de la competencia de sus miembros, la provisión altruista de servicios, la adhesión a un conjunto de valores que rigen su actividad profesional, la protección y defensa de los intereses de los pacientes y de la población, y la supervisión de los procesos formales de adquisición y actualización del conocimiento. La sociedad reconocería en la PM la autoridad técnica y moral neces-

Tabla 2. Características fundamentales del profesionalismo médico

- Vocación de servicio a los demás
- Primacía de los intereses de los pacientes
- Independencia
- Altruismo
- Monopolio del conocimiento especializado, entendido como aquél al que no puede acceder con facilidad el ciudadano medio
- Autonomía en el ejercicio de la profesión
- Competencia para aplicar un conjunto de conocimientos y habilidades prácticas
- Responsabilidad en la transmisión y enseñanza del conocimiento
- Observancia de un código de conducta explícito
- Búsqueda de la excelencia en la práctica de la actividad profesional y en la actualización de conocimientos
- Determinación formal de los procesos de adquisición de la categoría de miembro de la profesión
- Elaboración de forma autónoma de estándares propios de práctica profesional y de criterios de autorregulación como garantía de calidad asistencial
- Definición de las actividades y estándares que conforman el ejercicio de buena práctica profesional
- Promoción del bien común
- Confianza que los profesionales obtienen de la sociedad
- Responsabilidad profesional de promover la integridad y mejora del conocimiento a través de la investigación

Fuente: Elaboración propia

ria para emitir juicios de valor con criterios científicos y éticos. Por lo tanto, el compromiso con la sociedad y con los otros miembros de la profesión vendría definido por un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que determinan el profesionalismo y que cualificarían a la PM para tomar decisiones que afectan a “los demás” en condiciones de incertidumbre y de conocimiento incompleto e indeterminado.

3.3 El concepto de confianza

El contrato social entre PM y sociedad es un acuerdo que se fundamenta en un elemento esencial: la confianza. Éste es un concepto que implica la existencia de expectativas mutuas entre las partes y que incluso podría calificarse como “un intercambio interesado de expectativas” (Hardin, 2002). En teoría de juegos, se hablaría de una situación en la cual la confianza existente entre las partes permite a cada una de ellas satisfacer y maximizar su propio nivel de expectativas. En este sentido, se atribuye al sociólogo Emile Durkheim la frase de que “en un contrato no todo es contractual”, para enfatizar la noción de que la confianza constituye un elemento que agrega un valor adicional y determinante a la relación entre las partes. El problema de la confianza radica en la dificultad para medirla, dada su naturaleza intangible y su conceptualización abstracta. Anthony Giddens califica la confianza como “el grado de fiabilidad que se espera de un sistema o una persona” (Giddens, 1990)². En este sentido, el cambio social vigente podría generar, como se ha expuesto antes, un conjunto de incertidumbres que hace a las personas sentirse más vulnerables en la relación con las diferentes profesiones y con los núcleos de poder. Esta vulnerabilidad se ve acrecentada por la desaparición de aquellos valores culturales y religiosos tradicionales que promovían una mayor cohesión social, la resignación ante la enfermedad y la presunción de que el destino siempre deparaba un estado mejor.

La condición de enfermo sitúa al individuo en una situación de gran vulnerabilidad e incertidumbre, por lo que, en ausencia de unos valores religiosos y culturales que fomenten la esperanza y la resignación, se acrecentarían las expectativas que tiene puestas en la ciencia y en los profesionales que le atienden y, especialmente, en la PM. En esta situación, la confianza respondería más a una necesidad personal y general de sentirse adecuadamente atendido en una situación de vulnerabilidad y de asimetría de conocimiento, que a un intercambio simétrico e interesado de expectativas.

En el caso de la relación entre PM y pacientes, la instauración de un modelo más científico de relación y la mayor conciencia de vulnerabilidad de los pacientes requerirían, por

² Anthony Giddens habla de *reliability*, cuya traducción al español es fiabilidad, aunque otros autores utilizan el concepto de *trustworthiness*, cuya traducción sería confiabilidad u honradez. En realidad, el concepto principal que justifica el contrato social entre PM y sociedad es el de confiabilidad.

un lado, un reforzamiento de la confianza y, por el otro, un contrato social más explícito y participativo que incluyera a los diferentes agentes de salud. Son estas situaciones las que obligarían al profesionalismo moderno a posicionarse según criterios de transparencia, rendición de cuentas y trato justo. Es por ello por lo que el principal reto del profesionalismo médico en la actualidad se encuentra en la adopción de patrones de conducta y estilos de práctica profesional que incrementen y consoliden la confianza de la sociedad en la PM, adaptándose ésta a las nuevas realidades sociales. Un informe publicado por el King's Fund de Londres lo define de la siguiente manera: “El nuevo profesionalismo debería inspirar confianza en todas las personas que se relacionan con los médicos y conseguir la implicación plena de los médicos en la mejora de la atención sanitaria” (Rosen y Dewar, 2004).

3.4 El cuestionamiento del contrato social implícito

La necesidad de reconsiderar el contenido del denominado contrato social implícito viene motivada por los cambios de expectativas que se producen, tanto en la PM como en la sociedad. Aunque en el segundo apartado de este trabajo se han enunciado las principales características de las transiciones sanitarias, se debe valorar cómo algunas de éstas podrían incidir de forma específica en el denominado profesionalismo moderno o nuevo profesionalismo. Una de las transiciones que más afectan a la historia natural reciente de la PM es la laboral (Tabla 3). Un primer factor de cambio aparece asociado a la introducción de la gestión y de los gestores como respuesta a la complejidad creciente de la atención sanitaria. Este factor cuestiona el contrato social implícito, al plantear a la PM el di-

Tabla 3. Cambios promovidos por la transición laboral

- Predominancia de las Administraciones en la toma de decisiones
- Desarrollo de nuevos modelos de gestión
- Burocratización de la atención sanitaria
- Modelo jerárquico de mando
- Pérdida de la característica de profesión liberal
- Entrada de nuevas profesiones sanitarias
- Aparición de nuevos roles profesionales, entre ellos el de gestión clínica
- Compensaciones económicas en desacuerdo con la confianza otorgada y en comparación con otras profesiones u ocupaciones
- Feminización de la profesión
- Jubilaciones masivas
- Pérdida de liderazgo profesional
- Crisis de representación y posible crisis de legitimación social
- Desvalorización del conocimiento basado en la experiencia
- Aumento de la complejidad de los procesos de toma de decisiones

Fuente: Elaboración propia

lema de cómo debería responder a las expectativas de la sociedad en una situación en la que parte de sus privilegios ya no está bajo su control y, por lo tanto, la capacidad de autorregulación está limitada. La conversión de la PM en una ocupación asalariada ha ido a la par con la introducción de los fenómenos de empresarialización y politización de la atención sanitaria. Estos fenómenos surgen como respuesta a la complejidad de la provisión de los servicios sanitarios y a la necesidad de garantizar la equidad en el acceso a ellos. Asimismo, algunos autores reconocen que tanto médicos como pacientes deberían reconocer las limitaciones de la práctica profesional (Smith, 2001).

Todos los fenómenos expuestos se unen al hecho de que el médico se vea en la tesitura de tener que tomar decisiones complejas, pudiendo tener que confrontar la obligación de contraponer el bien individual al bien público en la toma de decisiones clínicas. Esta tensión entre los principios de beneficencia y de justicia social, o entre la efectividad, la equidad y la eficiencia cuestionaría los valores clásicos del profesionalismo, dado que éstos no preveían procesos de toma de decisiones complejas. En caso de que se produzcan situaciones de conflictos de intereses, ¿qué criterio se debe priorizar? En otras palabras, ¿qué contrato sería prioritario, el implícito con el paciente o el explícito con el empleador? Si se da prioridad a este último, ¿debería el médico informar a los pacientes de las limitaciones que condicionan su capacidad para responder a sus expectativas? A ello se podría unir también la existencia de situaciones en las que los intereses del médico priman sobre los de los pacientes. ¿Son los códigos deontológicos vigentes efectivos y suficientes para garantizar que primarían los intereses del paciente sobre los del médico? Este es el tipo de dilemas que el nuevo profesionalismo médico debe abordar para garantizar la confiabilidad y seguir manteniendo la confianza social obtenida.

3.5 La gestión del contrato social

La introducción de mecanismos reguladores de la actividad profesional podría suponer su mayor burocratización, lo cual se vería facilitado por la incorporación de un gran número de profesionales a la condición de funcionario o estatutario. Este hecho condicionaría la concepción tradicional de la práctica profesional, al tener que dedicar el médico parte de su trabajo a trámites administrativos y al transformar la profesión en una ocupación a realizar en un horario de trabajo específico. Esta situación podría generar una cierta decepción social, en cuanto que altera las bases del contrato social implícito, ya que la sociedad a la que se sirve otorgaría privilegios a cambio de obtener continuidad y longitudinalidad asistencial, además de una capacidad de decisión autónoma que priorice los intereses del paciente. La decepción sería mayor si el liderazgo de la profesión recayera en manos de personas que no son valoradas como líderes por el resto de la profesión, o en políticos y gestores que no proceden del sector y que, por lo tanto, asumen la autoridad en la gestión de un contrato social que no han interiorizado como propio.

Finalmente, teniendo en cuenta que tanto el nivel de responsabilidad que se exige como las expectativas que la sociedad tiene en la PM son muy elevadas, los profesionales deberían gestionar las expectativas de la ciudadanía de manera más realista. En este sentido, el nuevo modelo de contrato social explícito debería establecer un vínculo directo entre las obligaciones y los derechos de los profesionales, incluyendo entre estos últimos el recibir una compensación económica acorde con las obligaciones contraídas y unas expectativas más realistas. Una compensación adecuada permite exigir más a los profesionales en términos de medida de su nivel de competencias y de sus compromisos con los pacientes, evitando el argumento de la retribución escasa como excusa para tolerar actitudes que no responden a las expectativas de la sociedad.

3.6 La organización del trabajo

Un segundo factor de cambio se situaría en la transformación de los modelos de organización del trabajo. Así, el trabajo individual ha sido reemplazado por el trabajo basado en un modelo jerárquico similar al adoptado en los ejércitos. Este modelo vertical de organización del trabajo podría mermar la confianza entre los profesionales que forman parte de un mismo equipo y, posiblemente, es menos apropiado que un modelo de trabajo horizontal basado en tareas compartidas y coordinadas (Sexton, Thomas y Helmreich, 2000). Este último modelo, horizontal, parece más adecuado para profesiones basadas en el conocimiento, mientras que el vertical o jerárquico puede dificultar la ejecución del contrato social entre PM y sociedad en aquellos casos en los que la jerarquía condiciona el principio de autonomía profesional. Obviamente, la resolución de ese dilema pasa por determinar de forma explícita en quién y para qué ha depositado la confianza el paciente. En este sentido, el profesionalismo moderno debería indicar cuáles son los procedimientos que permiten resolver este tipo de conflictos de intereses.

La introducción de nuevas profesiones y ocupaciones sanitarias puede incrementar la complejidad del proceso de decisiones, aunque cabe recordar que, tal y como muestran las encuestas realizadas en España, para los pacientes españoles el actor principal del proceso terapéutico sigue siendo el médico y, en el caso de que no se justifique adecuadamente su reemplazo por otros profesionales, se podría estar produciendo una alteración del contrato social implícito. Por ello es importante destacar que, ante la probable reducción del número de médicos en ejercicio, se debería llegar a acuerdos con las otras profesiones sanitarias y, en un nuevo modelo de contrato social explícito, determinar los roles de cada una de ellas. El nuevo profesionalismo debería favorecer el trabajo en equipo, tanto inter- como intradisciplinar.

La relación médico-paciente se consolida a través de la confianza. Este es un proceso que se lleva a cabo mediante encuentros terapéuticos repetidos, y que se fundamenta en una buena comunicación, en el respeto mutuo y en una relación honesta y leal entre la

partes. Para ello es necesario que el paciente identifique a un médico como responsable de coordinar la atención que está recibiendo. El concepto de equipo médico o de equipo de atención sanitaria puede difuminar responsabilidades y generar desconfianza en los pacientes, debido a la ausencia de un referente claro. En este sentido, cabe visualizar la confianza como una transacción relacional por la cual el paciente espera de su médico responsable que adopte la mejor solución terapéutica en un contexto de enfermedad definida. Esta confianza específica, núcleo central del contrato social entre médico y paciente, es diferente de la confianza universal o generalizada, por la cual los pacientes confían en la PM. Esta última es más abstracta y difícil de valorar que la primera.

3.7 Los cambios demográficos en la profesión médica

Un tercer factor de cambio viene promovido por las variaciones demográficas que se están produciendo en la PM, sobre todo el aumento en la proporción de mujeres médicas y la traslación de la pirámide de experiencias hacia las edades más cercanas a la jubilación. No es objeto de este trabajo valorar las causas y las consecuencias de la creciente feminización de la PM, pero es obvio que éste es un fenómeno nuevo y que va a afectar al ejercicio futuro de la actividad profesional, tanto en relación con la selección de las especialidades médicas en las que se va a realizar la formación especializada y de los tipos de trabajo, como en la organización de la atención sanitaria. En este sentido, la conciliación de la vida familiar y laboral influirá en la oferta y en la demanda de los trabajos médicos.

De todas formas, el factor que más puede afectar al desarrollo profesional es la jubilación masiva de profesionales y el reemplazo tardío de la experiencia acumulada. El trabajo de la PM se fundamenta en la combinación de conocimientos técnicos estandarizados o explícitos con conocimientos tácitos que permiten la realización de juicios de valor en condiciones de incertidumbre. Por esta razón, resulta preocupante que desde la profesión no se hayan incentivado –como se están realizando en otros sistemas sanitarios– estrategias de transición laboral que permitan ubicar a cada uno de los profesionales en el momento oportuno y en la tarea adecuada según su edad, habilidades y conocimiento. Con ello se podría evitar que hubiera necesidades poblacionales sin respuesta, y se intentaría sacar el máximo provecho de las experiencias acumuladas por los profesionales en ejercicio. La PM debe buscar formas organizativas que se beneficien del conocimiento tácito aportado por los profesionales que acumulan años de experiencia, sobre todo si éstos están dispuestos a adaptar su conocimiento y a ejercer su profesión en nuevos escenarios de práctica profesional. Por otra parte, jubilar a los médicos a una edad específica supone tratar al profesional como si fuera un trabajador manual de fácil reemplazo. No parece lógico considerar que un profesional que representa a una profesión basada en el conocimiento pierda las competencias en una fecha concreta, sobre todo si se tiene en cuenta la variedad de competencias que definen la profesión y la posibilidad de poder evaluarlas externamente.

3.8 La crisis de legitimación del contrato social implícito

No abordar los cambios producidos en la estructura de la PM mediante un nuevo modelo de contrato social explícito podría conllevar, por una parte, un riesgo de desprofesionalización de la PM y, por otra, de decepción, al no poder los médicos responder a la confianza que la sociedad ha depositado en ellos. La proletarización de la PM ha promovido un profesionalismo confuso en el que, a un ejercicio profesional acorde con las expectativas de la sociedad, se añaden situaciones en las que se producen conflictos de múltiples lealtades: al paciente, al empleador, a los compañeros de profesión y a uno mismo. También se producen situaciones de dimisión en el puesto de trabajo, precariedad profesional, pérdida de la confianza en uno mismo, inseguridades, errores médicos y baja autoestima. Algunas de estas situaciones han sido objeto de políticas específicas en los últimos años.

La dimisión del puesto de trabajo formaría parte del esquema propuesto por el sociólogo Albert Hirschman, cuando se refiere a las opciones de dimisión, *voceo-ruido* o *lealtad* como las tres posibles alternativas de adaptación de las personas a un escenario profesional confuso (Hirschman, 1990). Esas tres actitudes se podrían estar dando en las organizaciones sanitarias, e implicarían un riesgo de desprofesionalización. La baja autoestima y la pérdida de confianza en uno mismo suponen una disminución de la capacidad subjetiva percibida de estar en condiciones de comprometerse a resolver problemas y, por lo tanto, es causa de ignorancia deliberada ante situaciones incómodas, de un menor compromiso en la defensa de los intereses de los pacientes y la sociedad, de una mayor autocomplacencia y de un riesgo más elevado de cometer errores médicos. Todos estos fenómenos pueden condicionar negativamente las expectativas que la sociedad y los pacientes tienen puestas en la confiabilidad de la PM, y conducen a una crisis de legitimación social del contrato social implícito.

Adicionalmente, existe una crisis de representación, ya que la población no conoce quiénes son los representantes legítimos de la PM, visualizando más a los representantes políticos en la gestión del contrato social vigente. El nuevo modelo de contrato social explícito pasa por reforzar desde la profesión a sus propios líderes y visualizarlos ante la opinión pública, si se quiere evitar en el futuro una crisis de legitimación social similar a la que algunos autores han atribuido a la clase política (Habermas, 1999). En caso de que el profesionalismo esté en crisis en España, ésta sería una crisis de representación por carencia de un liderazgo definido y por la inexistencia de un proceso común de socialización de un conjunto mínimo de valores profesionales. Si la PM se considera aún legitimada para representar a los pacientes, debería reclamar ante la sociedad la autoridad necesaria para asumir ese liderazgo. Para ello debe estar en condiciones de primar los intereses de los pacientes por delante de los corporativos, y elegir unos líderes que sepan promover la elaboración de un contrato social explícito con la sociedad. Asimismo, debería dotarse de un proceso de elección de sus representantes que garantizara la igualdad de oportunidades a todos los miembros de la PM que quieran asumir responsabilidades de representación corporativa.

4. El nuevo modelo de relación médico-paciente

4.1 El nuevo modelo de paciente

A los cambios que se han producido en la estructura de la PM, mencionados en el apartado anterior, se añaden aquéllos que tienen lugar en la sociedad y, específicamente, en los pacientes y ciudadanos. La literatura sobre el nuevo modelo de paciente es extensa, y la mayor parte se basa en estudios realizados en el Reino Unido y en Estados Unidos. La utilización de esta literatura anglosajona, y de los artículos de opinión asociados a ella, determina un tipo de paciente activo, en contraposición al modelo, aún vigente en nuestro país, que caracteriza a un enfermo más pasivo. El paciente activo actuaría más como un consumidor o cliente de los servicios de salud que como un enfermo.

Dado que el objeto de este informe es situar el profesionalismo médico en el contexto del SNS, el presente apartado aborda la relación médico-paciente desde dos perspectivas temporales: el presente, basado en los resultados de encuestas y estudios cualitativos realizados por la Fundació Biblioteca Josep Laporte, y el futuro, según la probable evolución hacia un nuevo modelo de paciente más activo. La diferencia es importante en cuanto que el paciente pasivo busca en su médico a un profesional que asuma la autoridad de decidir qué es lo que más le conviene como enfermo en el contexto de una relación médico-paciente de tipo paternalista, mientras que el paciente activo promueve un tipo de relación basada en un modelo deliberativo o negociado, en el que las decisiones son compartidas. El estudio cualitativo Asma Metaforum Español, realizado en el año 2004 por la Fundació Biblioteca Josep Laporte, puso de manifiesto la existencia de un consenso entre profesionales y pacientes en relación con un conjunto de necesidades específicas, que podrían constituir la base de un modelo de contrato social explícito entre PM y sociedad (Tabla 4).

La Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes y Usuarios se estableció en mayo de 2003 por parte de 50 asociaciones de pacientes y organizaciones de usuarios, y constituyó una expresión de las demandas del paciente del futuro. Esta carta de derechos de los pacientes permitió constituir, en diciembre del año 2004, el Foro Español de Pacientes, que agrupa en la actualidad a más de 600 asociaciones de pacientes, voluntarios o familiares, y que representan a 251.074 afiliados. La Declaración de Barcelona

reúne un conjunto de aspiraciones que no están recogidas de forma explícita en la mayor parte de leyes sobre pacientes legisladas en el Parlamento español y en los de las comunidades autónomas, y que constituyen parte de las demandas que los pacientes españoles propondrían si se tuvieran en consideración sus necesidades en la elaboración de un hipotético contrato social explícito entre PM y sociedad. Recientemente, el Foro Español de Pacientes ha presentado una agenda de cambio social que incluye 20 acciones específicas de cambio con el título de “251.000 razones para ser escuchados”³.

4.2 El profesionalismo centrado en los pacientes

Desde la perspectiva de los pacientes, la PM se contempla como una profesión basada en virtudes, entre las que destacan la competencia, los valores y la confianza. Algunos de estos valores, reflejados en la Tabla 5, deberían incorporarse de forma explícita en esta nueva concepción de profesionalismo y en una actualización realista y acorde con las expectativas de la sociedad actual sobre las características de la PM mencionadas en la Tabla 2. Así, por ejemplo, un nuevo modelo de contrato social explícito podría redefinir mejor los conceptos y los límites de la autonomía, tanto profesional como del paciente, bien sea en términos de consentimiento informado o de concordancia terapéutica, y en función de los valores del paciente y de las circunstancias clínicas en las que se tenga que tomar la decisión. En este sentido, los pacientes deberían suscribir documentos de voluntades cotidianas como forma de presentar al profesional que les atiende cuáles son sus valores y expectativas en relación con la atención sanitaria que han de recibir (Jovell, 2004a).

Otro elemento importante desde las expectativas de la sociedad es la consideración de los atributos relacionados con la empatía y la buena comunicación. En este sentido, la PM debería restringir la relación con pacientes a aquellos profesionales que no mostraran po-

Tabla 4. Conclusiones del Asma Metáforum Español (noviembre 2004)

- Mejor comunicación médico-paciente
- Concordancia terapéutica o planes terapéuticos personalizados
- Necesidad de una aproximación holística a la enfermedad/enfermo
- Participación activa de los pacientes en la toma de decisiones que les afectan mediante partenariados o mutualismos
- Consideración de los objetivos vitales de los pacientes en la indicación de una terapia
- Personalización del tratamiento
- Facilitar el cumplimiento/adherencia al tratamiento

Fuente: Elaboración propia

³La Declaración de Barcelona y la Agenda pueden encontrarse en www.webpacientes.org.

seer un conjunto de habilidades básicas de relación y comunicación. El encuentro terapéutico tiene, en la denominada medicina basada en la afectividad, una actitud favorecedora de la calidad de vida de los pacientes, y para ello la comunicación médico-paciente es la mejor tecnología que existe (Jovell, 1999b y 2004b). Por otra parte, también se debe enfatizar que la PM debería estar en condiciones de pedir a la sociedad que adapte sus expectativas a la realidad cotidiana de los servicios de salud y responda de forma adecuada a las demandas de respeto, confianza y cumplimiento terapéutico que realizan los profesionales.

Todo ello conduce a un nuevo modelo de profesionalismo, que algunos han denominado “profesionalismo centrado en los pacientes”, y que tiene como principal propósito incorporar los valores y las diversas realidades culturales de los pacientes a la definición del contrato social explícito (Irvine, 2004)⁴. Mediante la utilización de diferentes metodologías se pretende incorporar la valoración del paciente sobre cómo deben ser los médicos, incluyendo una evaluación de sus habilidades comunicativas y de la calidad de su práctica profesional. Recientemente un grupo de pacientes afiliados al Foro Español de Pacientes ha participado en la definición de las competencias de atención al paciente, formando parte de la especificación del portafolio de competencias del médico de atención primaria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC, 2005). También se están intentando identificar estas necesidades de los pacientes y fami-

Tabla 5. Valores del profesionalismo moderno

Vinculados a competencias técnicas

Rendición de cuentas
Calidad
Actualización científica
Cooperación-trabajo en equipo
Autonomía
Diligencia
Excelencia
Mentoring
Decisión tutelada y razonada
Decisión compartida-concordancia terapéutica
Continuidad asistencial

Vinculados a competencias humanísticas

Honestidad
Altruismo
Confianza/confiabilidad
Confidencialidad
Veracidad
Respeto
Compasión
Integridad
Calidez de trato
Empatía
Privacidad/intimidad
Representación
Seguridad
Lealtad
Sentido de justicia individual y social

Fuente: Elaboración propia

⁴ Para más información, véase www.pickereurope.org.

liars en el proyecto Cáncer Fórum, que promueve la elaboración del Libro Blanco del Paciente Oncológico en Catalunya.

El elemento clave que define el nuevo modelo de relación médico-paciente, expuesto en este apartado, pasa por la redefinición del concepto de confianza. La confianza se apoya en dos conceptos básicos: competencia y compromiso. Los resultados de los diferentes estudios realizados ponen en evidencia esa demanda operativa a la PM por una mejor definición y ejecución de sus competencias y compromisos. El tema de la competencia se aborda en el siguiente apartado de este trabajo, ya que aparece vinculado a la posesión de un conocimiento especializado y de una conducta específica. Los pacientes necesitan confiar en la PM y, por lo tanto, ésta debe ofrecer confiabilidad a los pacientes. Dado que éstos últimos no están en condiciones de juzgar las decisiones de los profesionales, debido a la existencia de asimetrías de información y conocimiento y a la situación de vulnerabilidad subjetiva en la que se encuentran, se debe garantizar desde la PM que ésta es una profesión que va a cumplir los compromisos contraídos con los pacientes. Estos compromisos se resumen en un servicio altruista al paciente, en una defensa de su salud por delante de otros intereses y en la aplicación de un código de conducta que le protege frente a vulneraciones de la confiabilidad. Este hecho es importante porque la profesión se justifica a sí misma como tal por la existencia de los pacientes y por el servicio y beneficio a estos últimos.

5. El médico como profesional del conocimiento

5.1 La división del conocimiento especializado

El conocimiento especializado obtenido mediante un proceso formal de formación, realizado en la universidad y en centros acreditados, es uno de los principales argumentos que fundamentan la concepción de la PM como una profesión. Es un conocimiento que presenta los atributos específicos de ser cambiante e indeterminado. Estos hechos permiten reconocer la complejidad del ejercicio profesional, capacitar al médico para tomar decisiones en condiciones de incertidumbre y conceder a la PM el privilegio de autorregularse. Asimismo, la profesión obtiene también el derecho a determinar cuáles son sus contenidos formales y de qué forma éstos se adquieren. Ello incluye la determinación de los procesos de representación, socialización y transferencia de conocimiento. Este último proceso es muy importante, ya que, en el caso del SNS, desde una perspectiva del profesionalismo, cabría preguntarse sobre la idoneidad de uno de los procesos esenciales de adquisición y transferencia del conocimiento, como es el actual modelo de formación de médicos internos residentes. El proyecto de Estatuto del Médico Interno Residente debería revisar los procesos de formación de especialistas en el SNS y auditar si éstos cumplen criterios específicos de calidad acordes con los valores del profesionalismo.

Tabla 6. Roles de la profesión médica

- Profesional de la práctica asistencial
- Investigador
- Educador
- Mentor
- Informador diario
- Comunicador
- Consejero
- Gestor del conocimiento
- Experto
- Cuidador
- Gerente-directivo de recursos humanos
- Gestor de recursos sanitarios

Fuente: Elaboración propia

Una importante consideración a tener en cuenta desde la perspectiva de la gestión del conocimiento es la multiplicidad de roles y, por lo tanto, del gran número de expectativas depositadas en la PM. Algunas de las mismas pueden identificarse en la Tabla 6. Satisfacer todas ellas al máximo nivel genera un conflicto de expectativas ante la sociedad y, por lo tanto, cualquier búsqueda de consenso en torno a un nuevo modelo de contrato social explícito debe buscar formas de solucionar ese conflicto de un modo realista y pragmático. A todo ello hay que unirle las dificultades para asumir el exceso de conocimiento científico y las consecuencias derivadas de la rápida introducción de nuevas tecnologías médicas. La alta tasa de innovación en biomedicina constituye uno de los mayores retos de la gestión del conocimiento, tanto en la actualización de los profesionales como en la formación profesional continuada. Todo ello fomenta una mayor división del conocimiento especializado que conforma las especialidades médicas y, por lo tanto, convierte a la PM en una profesión de subespecialidades. Este último hecho plantea el reto sobre quién y cómo se definen los contenidos de las subespecialidades y sus competencias, y cómo éstas pueden afectar a la homogeneidad de la PM. Este hecho es importante porque, en su relación contractual con la sociedad, la PM tiene que presentarse como una profesión homogénea en torno a un conjunto mínimo de valores estructurados que la sociedad sea capaz de entender y evaluar.

La caracterización de la PM como una profesión heterogénea y la necesidad de presentarse de forma homogénea a la sociedad implicarían riesgos de ambigüedad terapéutica en la relación con los pacientes. Esta ambigüedad está asociada a la existencia de múltiples responsables en la atención sanitaria de los pacientes. La multiplicidad de profesionales y de instituciones responsables del cuidado del paciente podría incrementar el riesgo de errores médicos en ausencia de una coordinación efectiva, y puede ser percibida por el paciente como una forma de abandono terapéutico. En este sentido, es preocupante el déficit de coordinación existente entre los diferentes niveles asistenciales: atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria. Esta situación se agrava por la ausencia de una historia clínica electrónica universal, asociada a una tarjeta sanitaria con chip incorporado. La ambigüedad terapéutica podría vulnerar, por defecto, uno de los principios del contrato social entre PM y sociedad, por el que cada paciente identifica a un médico como responsable de su cuidado. Este concepto de médico responsable o tutor es una de las demandas que la sociedad hace a la PM.

5.2 La condición de doble agente principal

El hecho de que los progresos científicos y sociales superen la capacidad de los sistemas sanitarios para financiar el acceso a los teóricos beneficios de la medicina para toda la población que la necesita pone a la PM en la tesitura de tener que racionar recursos para los pacientes. La denominada función de doble agente principal del sistema, defendiendo a la vez los intereses representados por la salud del paciente y los de la ciudadanía o bien co-

mún, podrían situar al médico, como ya se mencionó antes en este trabajo, ante un conflicto latente de valores entre los principios de beneficencia y de justicia social, así como entre la efectividad, la equidad y la eficiencia. La resolución de ese conflicto latente puede pasar en un sistema democrático por su socialización, y requerir la intervención de los diferentes representantes de la sociedad en un contexto de contrato social explícito. Conceptos como el de la composición de la cartera de servicios pueden ser útiles para introducir un debate social sobre los límites y las posibilidades del sistema sanitario.

Otro factor a tener en cuenta es la adopción del conocimiento y su aplicación en unas condiciones en las que se ha instaurado un modelo de producción más asimilable a una industria de productos y servicios que al de una empresa de atención personalizada al paciente. La llamada “McDonalización” de la medicina cambia las condiciones de ejecución del contrato social entre PM y sociedad (Jovell, 2005b). Así, convendría evaluar si la aplicación a la atención sanitaria de modelos basados en la medida de las actividades por procesos permite satisfacer de forma adecuada las necesidades y expectativas de pacientes y profesionales. Posiblemente, y desde una perspectiva de gestión de organizaciones, la sanidad tendría que evolucionar hacia la adopción de un modelo propio en el que primara la atención al paciente y en el que éste pudiera definir qué modelo asistencial es más compatible con el respeto a sus valores y se alinea mejor con sus expectativas. En este sentido, basta valorar las circunstancias en las que se desarrollan muchas consultas de atención primaria, hospitalarias y de urgencias para comprobar que algunos derechos básicos, como el derecho a la intimidad y a la confidencialidad, son muy difíciles de preservar. Por otra parte, un profesional de la medicina es un trabajador del conocimiento, y su principal medio de producción reside en sus habilidades, conducta y valores, no en los medios técnicos de los que dispone.

5.3 El juicio médico

Uno de los elementos asociados al conocimiento, que permite caracterizar a la PM como una profesión, es su capacidad para emitir juicios de valor en situaciones terapéuticas específicas. Dame Margaret Turner ha establecido una relación de los atributos asociados a la capacidad para emitir juicios médicos⁵. Para esta autora, el juicio médico requiere la integración de conocimientos y habilidades: sabiduría, integridad personal, humildad, compasión y entendimiento. Todos estos atributos se adquieren mediante la formación médica, el conocimiento de los estándares de buena práctica clínica y el compromiso desinteresado. También afirma esta autora que los profesionales deberían asumir la cualidad de ser innovadores y líderes, ejercitada mediante la habilidad de pensar de forma

⁵ Dame Margaret Turner Warwick, Professional values. Thoughts for discussion. In Medical Professionalism-Friday 10th December 2004. Working Parties: Medical Professionalism. www.rcplondon.ac.uk.

creativa y de trabajar en equipo. Finalmente, la autora concluye que la confianza requiere profesionales que sepan juzgar.

La adopción de un modelo de gestión del conocimiento propio de la PM implicaría, en el nuevo profesionalismo, el desarrollo y la potenciación de las denominadas capacidades transversales, como son la empatía, la capacidad de comunicación, el sentido del liderazgo y la gestión clínica, entre otras. Estas capacidades permiten visualizar las competencias que homogenizan a la PM delante de la sociedad. Asimismo, se deberían posibilitar aquellos medios que favorezcan el desarrollo profesional continuado y que conceptualicen, en el balance de las organizaciones sanitarias, la adquisición de nuevos conocimientos y la mejora de los que ya se poseen, como una inversión más que como un coste. En el caso de que las empresas sanitarias no contabilizaran su capital intelectual como tal, deberían ser los colegios profesionales y las sociedades científicas las que se encargaran de medirlo y de gestionar los medios para conseguir que los profesionales adquirieran los conocimientos oportunos para responder de forma efectiva a los retos asociados a las nuevas necesidades y expectativas de la sociedad. Esta atribución deriva del compromiso que la PM establece con la sociedad, mediante el contrato social implícito, de estar actualizada en conocimientos y habilidades. La PM debe incentivar la existencia de bases de datos de buenas prácticas clínicas y de medios que permitan compartir el conocimiento entre todos los profesionales. Es ésta una tarea en la que se deberían implicar las sociedades científicas y los colegios profesionales.

5.4 El credencialismo

Un tema que aparece asociado a la caracterización de la PM como una profesión basada en el conocimiento es el de la especificación de los criterios de entrada y de continuidad como miembro de la profesión. Esta especificación o credencialismo tiene tres etapas: 1) obtención de la licencia para ejercer; 2) obtención del título o certificado de especialista; y 3) recertificación o posibilidad de obtener una certificación periódica de estar actualizado para ejercer la práctica de la especialidad. La licencia para ejercer la práctica médica la emiten los colegios de médicos a aquellos profesionales que han obtenido la licenciatura de medicina y cirugía. En el nuevo modelo de contrato social explícito, la sociedad debería participar activamente en la evaluación de los contenidos curriculares de las facultades de medicina y cirugía, en las que existe una formación muy escasa en las capacidades transversales antes citadas, y donde no se enseñan adecuadamente los valores del profesionalismo.

En las facultades de medicina y cirugía se debe promover la enseñanza de los principios del profesionalismo en todas las fases del proceso de formación de un médico, incluido el pregrado, la especialización y el desarrollo profesional continuado. Las bases que constituyen la enseñanza del profesionalismo han sido descritas por diferentes autores (Cruess, S. R., y Cruess, R. L., 1997; GMC, 2003). Esta enseñanza es importante porque los compromisos

con la sociedad se adquieren inicialmente a través de la educación. También deberían enseñarse las asignaturas de ética clínica, política sanitaria, economía de la salud, sociología de la medicina y comunicación-relación médico-paciente, aunque todo ello sea a expensas de reevaluar el temario actual. Los estudiantes deberían exponerse a la situación de los pacientes y a la experiencia de enfermar mediante la incorporación de éstos a las aulas como docentes.

El documento Tomorrow's doctors del GMC establece las siguientes recomendaciones sobre la enseñanza de pregrado en las facultades de medicina y cirugía británicas (GMC, 2003):

- Poner los principios del documento Buena Práctica Médica en el centro de la educación de pregrado⁶.
- Señalar de forma explícita qué deben aprender los estudiantes y de qué serán evaluados durante su proceso de formación.
- Determinar estándares de calidad apropiados para todas las facultades de medicina.
- Realizar una evaluación rigurosa para la obtención del título de licenciado en medicina.

Sería deseable que en España se aplicaran esos principios de una forma explícita y que la PM liderara este proceso de especificación de estándares de acreditación y evaluación. La enseñanza del profesionalismo debería desterrar algunas actitudes de la PM que son inaceptables, entre las que se incluyen un lenguaje inapropiado al referirse a los pacientes o a las circunstancias clínicas y sociales asociadas a su problema de salud. Así, términos como “cartillero” o “se ha bajado” deberían ser percibidos por la PM como no aptos para ser utilizados en el contexto de una relación clínica. Es posible que estas desviaciones del lenguaje estén mermando la conciencia del profesionalismo entre la PM, y promuevan anormalidades en los procesos de socialización de los nuevos profesionales. Un buen profesional de la medicina debe saber conmovirse y adoptar un hábito compasivo con sus pacientes.

5.5 Los referentes de excelencia profesional

La presentación social del profesionalismo en la relación entre médicos y pacientes vendría determinada por las actitudes. Y la actitud requiere, aparte de enseñanza, modelos profesionales de referencia a los que poder imitar. La actitud se aprende practicándola. Es por ello necesario realizar una evaluación de las habilidades y competencias docentes de profesores y tutores, ya que gran parte de las actitudes y los comportamientos de los futuros profesionales se adquieren en los procesos de formación y especialización. Este

⁶ Véase el documento específico en www.gmc-uk.org.

último proceso no sólo debería realizarse en hospitales, sino que también tendría que exponer a los nuevos profesionales a un mejor conocimiento del sistema sanitario en el que van a trabajar y de los pacientes a los que van a atender.

5.6 La colegiación

La obtención de la licencia para ejercer debería ser emitida por los colegios profesionales, sobre todo si se tiene en cuenta el elevado grado de confianza que la población española aún mantiene en la PM. La colegiación tendría que ser obligatoria si se cumple la condición de ofrecer un conjunto de competencias homogéneas a la sociedad con la que se tiene establecida un contrato, y si se está dispuesto a actuar en la defensa de los intereses de los pacientes de forma autónoma e independiente. Estos compromisos de la PM son los que justificarían la existencia de la colegiación obligatoria. De todas formas, el rol de los colegios profesionales debería revisarse, y en esta revisión se deberían tener en consideración los valores atribuibles al “profesionalismo centrado en pacientes”, tal y como se está haciendo en otros países.

Los colegios deberían iniciar el debate social sobre cuál tiene que ser el nuevo modelo de contrato social explícito, invitando a participar en el mismo a los representantes de los pacientes y a los diferentes agentes de salud. Los privilegios de autorregulación deberían ser mantenidos en los colegios, incluida la colegiación obligatoria, si muestran una estricta aplicación de sus códigos deontológicos en defensa de los intereses de los pacientes, una apertura democrática hacia la sociedad y un compromiso de deliberar con los empleadores y con los otros agentes sanitarios sobre cuáles deberían ser los roles sociales de la PM en este nuevo siglo. En la Tabla 7 se pueden ver algunas de las propuestas realizadas por el Fo-

Tabla 7. Acciones propuestas para promover unos colegios profesionales centrados en el paciente

1. Establecer una “vocalía del paciente” o designar un defensor del paciente entre los miembros de la junta directiva.
 2. Designar al menos a dos profesionales enfermos como miembros de la comisión deontológica del colegio.
 3. Elegir al defensor o vocal del paciente como interlocutor entre la comisión deontológica y los pacientes.
 4. Constituir un consejo social, formado por ciudadanos no enfermos, representantes de las asociaciones de pacientes y personalidades relevantes del área de humanidades.
 5. Fomentar grupos de ayuda mutua de profesionales enfermos dentro de sus programas estructurados de atención integral al profesional enfermo.
 6. Promover estudios específicos sobre cómo ven a la profesión los pacientes, lo que podría constituirse en un observatorio de la profesión.
 7. Participar en las actividades que organizan las asociaciones de pacientes.
 8. Dar cabida a las asociaciones de pacientes en los medios de información y comunicación de los colegios.
-

Fuente: Elaboración propia

ro Español de Pacientes para incorporar, dentro de los colegios de médicos, este modelo de profesionalismo centrado en el paciente.

Una buena descripción de la misión y de la visión de cómo debe ser un colegio de médicos o una asociación de profesionales de la medicina puede encontrarse en el Plan Estratégico de cuatro años, elaborado por el General Medical Council británico en el año 2004 (GMC, 2004). En el mismo se describen de forma muy inteligible las funciones del GMC, que vienen determinadas por la ley The Medical Act del año 1983, y que son las siguientes:

- Determinar los estándares de buena práctica médica que la sociedad y los médicos esperan mantener a lo largo de su vida profesional.
- Garantizar la calidad de la formación de pregrado en Gran Bretaña y coordinar todas las fases de la educación médica.
- Administrar los sistemas de registro y concesión de licencias a los médicos para controlar su acceso y la continuidad de su práctica médica en Gran Bretaña.
- Tratar con firmeza y de forma justa a aquellos médicos a los que se cuestiona su adhesión a los principios de una buena práctica profesional.

El documento constituye un verdadero plan estratégico de determinación y de definición del gobierno corporativo de la PM, en el que se determinan los objetivos a conseguir en las diferentes áreas de trabajo del colegio profesional, incluyendo el agente al que van dirigidos esos objetivos y las acciones que se van a tomar para evaluar el grado de cumplimiento de los mismos. El hecho de que el Plan Estratégico sea público posibilita su consideración como una oferta de modelo explícito de contrato social a la población. Este es el tipo de documentos que se tendrían que visualizar en el SNS dentro de una estrategia de renovación de la confianza social con la PM.

5.7 La certificación

La certificación debería ser otorgada según la respuesta periódica del profesional en formación a pruebas estructuradas de valoración de sus competencias. Éstas deberían ser acordadas por las Administraciones públicas, los centros formativos, los colegios profesionales, las instituciones sanitarias y las sociedades científicas. Finalmente, se debería incentivar la recertificación voluntaria mediante un reconocimiento especial de aquellos profesionales que accedan a someterse periódicamente a este tipo de pruebas de evaluación estructurada de sus competencias. En una segunda fase, la recertificación debería ser obligatoria y formar parte de la denominada trayectoria profesional, concepto que debería suplir al de carrera profesional. Este último concepto connota la existencia de com-

petencia entre profesionales, y se desvirtúa cuando se aplica bajo estándares que no incentivan la mejora y que pueden premiar otro tipo de valores o incentivos.

Las trayectorias profesionales deberían constituir, dentro del profesionalismo moderno, un modelo de gestión de las expectativas que deben tener la PM y la sociedad sobre la actividad y las posibilidades de los profesionales. En el caso de Gran Bretaña, el GMC propuso la introducción progresiva de la recertificación a partir del año 2005, con el propósito de cumplir los objetivos de mejora de la práctica profesional, actualizar el significado de lo que define el hecho de ser un profesional que responde a las expectativas de la PM y de la sociedad, e indicar que no hay ninguna circunstancia que limite un ejercicio profesional por parte del médico evaluado.

6. ¿Hacia un nuevo modelo de práctica profesional? Retos y oportunidades

6.1 Las bases de un contrato social explícito

Con la aparición del Estado de bienestar y de las organizaciones sanitarias como financiadoras y proveedoras de los servicios de atención sanitaria, el contrato social implícito entre PM y sociedad se convierte en un contrato suscrito por tres partes: PM, ciudadanos y servicios de salud⁷. Estos últimos están representados en el SNS por los gobiernos de las comunidades autónomas, mayoritariamente, y el gobierno central, en las áreas de coordinación, investigación y regulación de fármacos y productos sanitarios. Las bases de este contrato implícito establecen que los gobiernos garantizarían el acceso universal de la ciudadanía a la atención sanitaria financiada por un presupuesto determinado por los parlamentos autonómicos, mientras que la PM definiría y mantendría los estándares de buena práctica clínica y proporcionaría la asistencia a los pacientes. Sobre la base de ese contrato la ciudadanía reclama el derecho a una atención sanitaria pagada por sus impuestos, gestionada por los servicios de salud del gobierno y proporcionada por los médicos. Como parte de este acuerdo contractual tácito, el gobierno concede a la PM la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma y ésta, a cambio, le reconoce el derecho a ejercer el control sobre la política sanitaria y sobre el presupuesto dedicado a la sanidad.

6.2 Los conflictos latentes de intereses

El contrato descrito está sujeto a diferentes interpretaciones y expuesto a múltiples conflictos de intereses latentes. Los profesionales entienden que la autonomía prometida podría estar restringida cuando desde las Administraciones sanitarias se definen cuáles son las condiciones que legitiman las decisiones médicas, incluido aquello que se considera y define como buena práctica clínica, y cuando promueven estrategias de incentivos que podrían delimitarla. Por otra parte, los responsables de la gestión sanitaria entienden que

⁷ En algunos casos se debería incluir también a los proveedores privados y las mutuas de seguros, pero éstas también están sujetas a legislación estatal.

en determinadas situaciones el principio de autonomía puede ser utilizado como excusa por parte de algunos médicos para favorecer sus intereses particulares, entre los que se incluirían prácticas comerciales y decisiones clínicas difíciles de justificar, y cuya consecuencia final podría ser la existencia de variabilidad y desigualdades inaceptables en los resultados de salud obtenidos. Asimismo, algunos agentes sanitarios pueden entender que parte de la PM responde a estas situaciones mediante la adopción de prácticas corporativas que protegen u ocultan esas variaciones, y que ello requiere de su intervención reguladora o normativa. En diferentes países occidentales se han propuesto iniciativas orientadas a la resolución de esos conflictos basadas en la publicación de los indicadores de proceso y de resultados sanitarios con la finalidad de poder establecer comparaciones entre centros. Otra alternativa para la resolución de conflictos podría ser el establecimiento de servicios de mediación o la introducción de procesos abiertos de negociación.

La tensión entre gestores, por un lado, y PM, por el otro, pone en evidencia la existencia de un doble conflicto moral asociado a la condición de doble agente principal del sistema, antes mencionada. Un primer conflicto se produciría entre la asignación de recursos para la atención de necesidades colectivas o su disposición para la atención de necesidades individuales. Un segundo conflicto se situaría entre la obligada rendición de cuentas públicas a la ciudadanía que tienen los gobiernos y la autonomía que requieren los profesionales para poder atender de forma adecuada los intereses del paciente individual. Esta situación define un conflicto entre tres prioridades difíciles de conciliar desde una perspectiva de justicia social: la equidad de los gobiernos, la eficiencia de los gestores y la beneficencia-efectividad de la PM.

La ciudadanía se ha mantenido al margen del conflicto antes expuesto por una cuestión de ignorancia, tanto de la naturaleza del mismo como de las limitaciones crecientes asociadas a la distribución de los recursos sanitarios. Así, la mayor parte de los ciudadanos no está en condiciones de evaluar la naturaleza y el alcance de las acciones de planificación y gestión de los gobiernos. Esta evaluación resulta más compleja en un contexto de racionamiento implícito de los recursos sanitarios secundario a un exceso de posibilidades y a una difícil suficiencia financiera. La ciudadanía tampoco está en condiciones de valorar el contenido y la idoneidad de muchas decisiones médicas, debido a las asimetrías de conocimiento. De todas formas, esta incapacidad evaluadora no es óbice para que algunos autores sugieran que los ciudadanos manifiestan una creciente desconfianza hacia los gobiernos y los políticos, a los que definen como poco transparentes en términos de rendición de cuentas de sus actividades, y como muy habituados a prometer a la ciudadanía más de lo que pueden hacer (Cook, Hardin y Levi, 2005).

El SNS debería reforzar los procedimientos de consolidación democrática, ya que la ciudadanía carece de un acceso a información veraz sobre sus planes, su funcionamiento y los resultados obtenidos; hay una escasa capacidad de elección informada por parte de los pacientes, no existen mecanismos de participación activa en las políticas y decisiones públicas, y no se fomentan iniciativas de deliberación pública, incluido el derecho de

apelación, de las decisiones tomadas. Otros sistemas, como el National Health Service británico, han instaurado múltiples mecanismos de participación de los ciudadanos y pacientes, incluida la evaluación que éstos hacen de los servicios recibidos, así como estrategias públicas de evaluación de resultados⁸. Estas iniciativas son más fáciles de implementar cuando la sociedad civil está organizada y la PM da publicidad a sus valores, tal y como ha pasado en Gran Bretaña.

En la relación entre PM, Estado y ciudadanos siempre existe el dilema hobbesiano de cuánto poder se debe otorgar al Estado para que su funcionamiento responda de forma adecuada a las necesidades de los ciudadanos, sin que ello suponga acabar asumiendo más poder del que le corresponde y promoviendo un cierto paternalismo estatal. El interés de los Estados del bienestar en un contexto de asimetría de conocimiento, escasa rendición de cuentas y elevado coste de la sanidad está, desde una perspectiva financiera, más por el lado de racionar que por el de aceptar una rápida adopción de las innovaciones tecnológicas. El sistema de aprobación presupuestaria por anualidades y la conceptualización de la salud como un coste puede promover estrategias implícitas de racionamiento, lo que sería preocupante si no se consideraran los ahorros a largo plazo atribuibles a la efectividad potencial de los tratamientos prescritos.

De todas formas, es posible que los intereses de los ciudadanos sanos y los de los ciudadanos pacientes tampoco coincidan, primando los primeros políticas sanitarias basadas en la evaluación de la seguridad de las nuevas tecnologías y en la prevención de la enfermedad, y favoreciendo los segundos la adopción precoz de los tratamientos experimentales y la instauración de políticas destinadas a mejorar el pronóstico de las enfermedades. La experiencia de otros países, particularmente Estados Unidos, indica la existencia de riesgos asociados a la persistencia de este conflicto, destacando una judicialización de la atención sanitaria, fundamentada en la desconfianza existente entre los diversos agentes de salud. Esta última situación merma la calidad y aumenta los costes de la atención sanitaria, aparte de promover el establecimiento de una medicina más defensiva, en la que la prescripción de pruebas diagnósticas innecesarias es la norma y donde los pacientes emigran hacia las medicinas alternativas en busca de una calidez humana que no encuentran en la medicina convencional.

6.3 La deliberación democrática

Intentar buscar soluciones a los conflictos latentes enunciados pasa por reconocer la complejidad de la atención sanitaria y por establecer las bases de un contrato social que determine los principios que sustentan al SNS. El concepto de contrato social determina

⁸ Ver: www.doh.ac.uk, www.patient.co.uk, y www.nhsdirect.nhs.uk.

los principios que definen el conjunto de valores éticos básicos de la sociedad. Estos principios constituirían la expresión de la voluntad moral de la colectividad y delimitarían los derechos y las obligaciones de la ciudadanía, al tiempo que anticiparían los mecanismos de respuesta ante contextos y situaciones de cambio social. Los principios del contrato social expresarían y ordenarían los valores de la ciudadanía respecto a la resolución de los problemas asociados a la determinación de prioridades en sanidad. Un contrato social para la sanidad debería tener en cuenta los principios de solidaridad intra- e intergeneracional, subsidiariedad pública y privada, justicia social y responsabilidad colectiva e individual, profesional y de ciudadano (Tabla 8) (Jovell, 1995a; 1995b y 1999a). El concepto de contrato social aquí expuesto tiene un fundamento moral y, por lo tanto, va más allá del acuerdo puntual o pacto social que algunos grupos políticos proponen que puede ser útil para facilitar un marco de estabilidad en el desarrollo legislativo.

Aparte de establecer un modelo de contrato social que incluyera responsabilidades además de derechos, también se deberían promover estrategias de democracia deliberativa orientadas a la resolución de desacuerdos morales latentes (Guttman y Thompson, 1996; Petit, 2004; Jovell, 2005a). La persistencia de esos desacuerdos genera desconfianza y reduce la confiabilidad de los gobiernos y de la PM.

Tabla 8. Contrato social para la sanidad

Principios	Categorías
1. Solidaridad	1.1 Intergeneracional 1.2 Intrageneracional 1.3 Intersectorial
2. Subsidiariedad	2.1 Pública 2.2 Privada colectivizada 2.3 Privada individualizada
3. Justicia social	3.1 Igualitarismo 3.2 Comunitarismo 3.3 Utilitarismo ponderado
4. Responsabilidad	3.1 Colectiva-social 3.2 Profesional 3.3 Ciudadano/usuario 3.4 Paciente

Criterios de igualdad
1. Igualdad de oportunidades
2. Equidad de acceso, trato y resultados
3. Discriminación positiva
4. Regla del rescate terapéutico
5. Democracia deliberativa

Fuente: Elaboración propia

El gran reto del profesionalismo en este contexto de cambio social, y dentro del entorno del SNS, es saber si los representantes legítimos actuales de la PM van a asumir la responsabilidad de modernizar la profesión y liderar el establecimiento de un nuevo contrato social explícito con la sociedad, teniendo en cuenta la existencia de una necesidad inevitable de establecer relaciones contractuales con los nuevos agentes sanitarios: Administraciones públicas, proveedores, empresas y universidades. Esta necesidad de establecer múltiples partenariados o “mutualismos” obliga a identificar intereses comunes con todos esos nuevos agentes con los que es necesario establecer y consolidar múltiples relaciones de confianza mutua. De todas formas, en el contexto de este contrato, el nuevo profesionalismo debería determinar cuáles son los límites de los intereses particulares, tanto en el control de los órganos de gobierno de la PM como en el de la gestión de las instituciones sanitarias.

6.4 El liderazgo profesional

Los colegios profesionales, en su función de órganos de representación de toda la PM, deberían estar liderados por profesionales de prestigio entre sus compañeros y no tendrían que ser identificados con ninguna opción política o religiosa específica, con el propósito de preservar una ideología común basada en los principios del profesionalismo y garantizar a la sociedad una posición de independencia con respecto a intereses ajenos a los valores del profesionalismo. Además, la PM debería reclamar el privilegio de que aquellos profesionales mejor capacitados para las funciones directivas sean directores médicos de las instituciones sanitarias, con independencia de adscripciones políticas o sociales. Esto es importante porque, aparte de garantizar la autorregulación y la aplicación de los principios del profesionalismo a la práctica cotidiana, la sociedad espera que la PM se pronuncie de forma explícita frente a las estrategias de contención de costes, el control sobre la actividad profesional, el intrusismo y los riesgos asociados al comercialismo de determinadas prácticas médicas. Para la PM, es hoy más importante que nunca la existencia de modelos profesionales de referencia que respondan de forma apropiada a las expectativas de la población y de todos los médicos.

La elevada confianza de la ciudadanía española en la PM brinda –y legitima– a los profesionales una gran oportunidad para liderar el proceso de transformación hacia un profesionalismo moderno. Para ello deben transmitir a la sociedad una idea clara de que están comprometidos con las tareas de aplicar los códigos deontológicos en aquellos casos de conductas irregulares, de asumir de forma explícita los compromisos adquiridos de forma implícita con la ciudadanía y de preservar los intereses de los pacientes por encima de los intereses personales. Los representantes de la PM deben pronunciarse sobre los diferentes desafíos éticos planteados por la investigación biomédica, la propiedad intelectual del conocimiento, el fin de la vida, las restricciones a la práctica profesional, los errores médicos o la existencia de profesionales con un nivel de competencia inapropia-

do. La ausencia de una autorregulación efectiva produce un abandono del profesionalismo, que conlleva una pérdida de los privilegios otorgados por la sociedad. Ello es importante, sobre todo porque la autorregulación es un privilegio que se consolida mediante la obtención y el mantenimiento efectivo de la confianza (Irvine, 1999 y 2001).

Cabe la posibilidad de que la ciudadanía española esperara una mayor implicación de los colegios profesionales en temas puntuales recientes de gran impacto mediático, como han sido la situación de los cuidados paliativos en el Hospital Severo Ochoa de Leganés, o las curaciones “milagrosas” atribuibles a tratamientos con factores de estimulación de granulocitos en un caso de melanoma y otro de hepatocarcinoma, o en asuntos de tipo legislativo como son las denominadas Ley del Tabaco o Ley de Uso Racional y Garantía de Productos Sanitarios, también conocida como Ley del Medicamento. Como parte del contrato social vigente, los representantes de la PM tienen que asumir el compromiso social de implicarse y pronunciarse ante los temas sanitarios que afectan a la población, tal y como han sostenido otros autores y organizaciones citadas en la bibliografía de este trabajo. No hacerlo supone una merma de la capacidad de representación, y conlleva el riesgo de deslegitimación social y pérdida de autoridad moral ante la ciudadanía.

Este tipo de situaciones vinculadas a actitudes pasivas son las que han espoleado en estos últimos años el debate sobre el profesionalismo en Gran Bretaña. Es por ello por lo que la PM debe decidir si quiere limitar su ámbito de competencias sólo a aquél que le correspondería como parte de un colectivo de empleados por cuenta ajena, o si prefiere anticiparse y liderar una respuesta efectiva a los cambios producidos por las transiciones sanitarias descritas con anterioridad en este trabajo. Finalmente, el hecho de que el paciente confíe mucho en su médico no tiene por qué significar que ese alto nivel de confianza se extiende por igual y para siempre a toda la PM. De hecho, es probable que la confianza general o universal en la PM en España, al igual que en otros países de nuestro entorno, haya disminuido, a la par que se ha mantenido la confianza específica en el médico de referencia. Se necesitan estudios específicos para valorar esas cuestiones de forma más apropiada. También se precisa de investigación social que valore la confianza de la ciudadanía y de los propios profesionales en los colegios de médicos, las sociedades científicas y otras instituciones sanitarias que les representan. Irvine advierte sobre la posible existencia de una disociación entre la confianza que se tiene en el médico y la que se manifiesta en las instituciones que forman parte de su vida profesional (Irvine, 2004).

6.5 La recertificación profesional

En la decisión de cómo, qué y quién ha de acreditar y certificar la competencia profesional, es importante que se tengan en cuenta las perspectivas de los pacientes, de las Administraciones y de otros agentes sanitarios. En este sentido, las Administraciones públicas,

como principales empleadores de la PM, deberían crear incentivos para la recertificación. También podrían adoptar, dentro del concepto de trayectoria profesional, otras medidas que incentivaran el crecimiento profesional de los médicos. Entre estas medidas se podrían destacar: la concesión de una semana de formación por cada tres meses de trabajo; la rotación incentivada de los lugares de trabajo, lo que podría permitir la transferencia de conocimiento entre profesionales de diferentes centros; la separación y evaluación independiente de las actividades de investigación, formación y práctica asistencial; la introducción de formas de gestión de riesgo compartido, como son las entidades de base asociativa en atención primaria, y la concesión de períodos sabáticos para formación e investigación. En el caso en el que los médicos actúen como copropietarios y profesionales asistenciales en una misma institución, resulta esencial la existencia de una evaluación externa que dilucide los posibles conflictos de intereses.

Con respecto a la recertificación, las sociedades científicas deberían trabajar conjuntamente con los colegios profesionales, las universidades, las Administraciones públicas y los pacientes en la creación de pruebas estructuradas de evaluación de las competencias. Asimismo, las sociedades científicas deberían procurar que los profesionales de la especialidad tuvieran acceso a los estándares de buenas prácticas clínicas de la especialidad. En este sentido, convendría que las sociedades científicas fueran evaluadas de forma externa en el cumplimiento de un conjunto de criterios de acreditación de la calidad de sus actividades y servicios, para así poder otorgarse ante la ciudadanía el derecho de representación de la especialidad. Es importante que las personas que dirigen las sociedades científicas no tengan conflictos de intereses que sitúen al paciente en un segundo plano.

6.6 La rendición inteligente de cuentas

La PM debe evitar, aparte de la ambigüedad terapéutica, antes citada, otro tipo de situaciones anormales descritas en la Tabla 9. Entre éstas destaca la ignorancia deliberada o voluntaria, situación que se produce cuando un profesional contempla situaciones anómalas y se abstiene de intervenir en su resolución, lo que merma la confiabilidad de la profesión (Sebald, 2003; Coetzee, 2004). La PM debe ser sensible y responder a las necesidades de la sociedad para poder mantener los privilegios adquiridos. La adopción de posiciones alineadas con una cierta indiferencia o relativismo moral puede suponer una ruptura del contrato social implícito y la pérdida de esos privilegios.

Responder a las necesidades sociales quizás pasa por promover una rendición inteligente de cuentas, concepto establecido por Onora O'Neill, que podría estar basada, en el caso del ejercicio profesional, en estos cuatro principios (O'Neill, 2002): buen gobierno profesional, inspección independiente realizada por pares profesionales, estrategias de autoevaluación y selección cuidadosa de los indicadores a reportar a la sociedad. Ello supone

formalizar y definir las actividades que conforman el ejercicio profesional y evaluar sus resultados según un conjunto de indicadores básicos con significados precisos. La PM tiene que liderar el proceso de autoevaluación, no sólo mediante la ejecución de su código deontológico, sino que debe poner especial énfasis en la evaluación de los resultados obtenidos. La sociedad no sólo espera una conducta apropiada de los médicos, sino que también desea que promueva la consecución de unos resultados clínicos satisfactorios. Ello pasa por realizar una práctica médica basada en la evidencia científica, por justificar de forma adecuada aquellas situaciones en las que la evidencia científica no es apropiada y por determinar el tratamiento de los casos excepcionales o la aplicación de lo que en ética se conoce como “la regla del rescate terapéutico”.

La tendencia observada en otros países es que, cuando la PM es negligente en su evaluación, ésta acaba siendo realizada por los empleadores o por la opinión pública. Por ello es recomendable que la PM adopte estrategias de rendición inteligente de cuentas. Entre éstas destacarían: una mayor implicación de los médicos en la gestión de las instituciones sanitarias, la adopción de sistemas voluntarios de recertificación o revalidación y la promoción de estrategias de autoevaluación, basadas en una aplicación firme de los códigos de conducta y la evaluación de los resultados obtenidos. Una vez más, como ya se ha mencionado antes en este trabajo, la confiabilidad futura de la PM dependerá de su capacidad para asumir los valores de honestidad, transparencia, independencia y rendición inteligente de cuentas. En ausencia de esta confiabilidad, se instaurarán estrategias reguladoras de rendición de cuentas basadas en sanciones, intervenciones legales, incremento de los controles administrativos y establecimiento de incentivos perversos.

También forma parte del cambio que debe experimentar la PM el saber responder a nuevas e incómodas necesidades que plantea la sociedad y, en este sentido, es bueno citar

Tabla 9. Causas de ruptura del contrato social entre profesión médica y sociedad

- Negligencia ante las violaciones de los códigos de conducta
- Ambigüedad terapéutica
- Huida de la práctica asistencial buscando el prestigio en actividades de investigación o de docencia
- Ignorancia deliberada o voluntaria
- Ruptura de la confidencialidad
- Adopción de una fórmula burocrática de consentimiento informado
- Falta de humildad
- Existencia de conflictos de intereses no declarados
- Autoexclusión de los debates sobre temas sanitarios
- Percepción de abandono terapéutico por parte del paciente
- Indiferencia o relativismo moral
- Corporativismo injustificado
- Prácticas comerciales inapropiadas

Fuente: Elaboración propia

aquí, como ejemplo de anticipación de respuestas a necesidades incómodas pero reales, la reciente publicación de la guía para el diagnóstico y tratamiento del maltrato en la población anciana, elaborada por el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB, 2005). La construcción y consolidación de la confianza existente entre PM y ciudadanía pasa por que esta última vea a los médicos comprometidos en la defensa de sus intereses. Las asociaciones de pacientes deberían constituir el vehículo por el que los ciudadanos comunican a la PM qué necesidades precisan ser atendidas de forma inmediata.

6.7 El contrato social explícito

Los cambios que se están produciendo en la sociedad obligan a la PM a liderar la elaboración de un nuevo contrato social explícito que dé contenido al profesionalismo moderno. En una primera etapa sería oportuno elaborar un contrato social interno y, por lo tanto, tal y como ya hizo el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona en el Congreso de la Profesión en el año 2004⁹, iniciar una definición desde la PM sobre cuáles deben ser las bases del contrato social explícito con la población a la que se sirve, así como cuál debe ser el contenido de su código de buena conducta. En una segunda fase, las bases de ese contrato se tendrían que poner en consideración de los pacientes y los diferentes agentes sanitarios. Las asociaciones de pacientes podrían constituir un buen lugar para realizar este ejercicio de democracia deliberativa entre profesionales y pacientes. Un ejemplo de este contrato social explícito podría ser el formulado por la European Federation of Internal Medicine, el American College of Physicians y el American Board of Internal Medicine con el título de Profesionalismo médico en el nuevo milenio: fuero o carta de los médicos (Medical Professionalism Project, 2002)¹⁰. En él se establece que el profesionalismo es la base del contrato de los médicos con la sociedad, y que el mismo se fundamenta en la confianza de la población con la PM. Para ello establecen un conjunto de principios y responsabilidades que deben ser concordados con la sociedad y la PM (Tabla 11).

Otra iniciativa interesante es la promovida por la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria, el pasado mes de junio, con el título El compromiso del médico de familia (CAMFYC, 2005). El objetivo del documento es el de “comunicar a los ciudadanos los valores que guían al médico de familia en la práctica diaria de su profesión”. Estos valores serían: dedicación, respeto, proximidad, lealtad, prudencia, equidad y honradez. Éste es un ejemplo que deberían seguir las sociedades científicas y los colegios profesionales, al igual que las instituciones y centros sanitarios. Los colegios de médicos españoles deberían promover la elaboración de un documento similar a éste y al Proyecto de Profesionalismo Médico, que permitiera tanto la defensa en el SNS de un profesionalismo centra-

⁹ Véase www.comb.es.

¹⁰ www.professionalism.org.

Tabla 10. Profesionalismo médico en el nuevo milenio: principios y responsabilidades

Principios

- Principio de primacía de los intereses de los pacientes
- Principio de la autonomía del paciente
- Principio de justicia social

Responsabilidades

- Compromiso con la competencia profesional
 - Compromiso de honestidad con los pacientes
 - Compromiso con la confidencialidad
 - Compromiso con el establecimiento de relaciones apropiadas con los pacientes
 - Compromiso con la mejora de la calidad de la atención sanitaria
 - Compromiso con la mejora del acceso a la asistencia sanitaria
 - Compromiso con el conocimiento científico
 - Compromiso con el mantenimiento de la confianza mediante la gestión de los conflictos de interés
 - Compromiso con las responsabilidades profesionales
-

Fuente: Elaboración propia

do en los pacientes como responder de forma adecuada a las expectativas y a la confianza otorgadas por la ciudadanía. Los ciudadanos adultos y responsables necesitan saber cuáles son los valores de los profesionales y las instituciones de las que forman parte. Una buena práctica profesional requiere que exista concordancia entre el discurso de valores, la práctica clínica y las actividades de gestión. Cualquier iniciativa de cambio, bien sea un código profesional o la adopción de una nueva política sanitaria, debería ir acompañada de una estrategia de ejecución y otra de evaluación de resultados, para no quedar en un mero “manual de buenas intenciones”. Las falsas promesas son una de las causas más importantes de desconfianza y pérdida de legitimación social (Hardin, 2002). Con este tipo de iniciativas de mejora profesional, la PM también debería recuperar parte de la autoestima perdida en los últimos años y, así, recuperar el orgullo de volver a ser una profesión especial para la sociedad.

7. Por una agenda del cambio

La condición de profesional de la medicina surge de una concepción social que otorga derechos y obligaciones. Los derechos se recogen en un conjunto de privilegios, entre los que destacan las capacidades de decisión autónoma y de autorregulación. Esos privilegios los concede la sociedad porque entiende que, mediante su concesión, la PM podría responder mejor a sus expectativas. Además, la complejidad del conocimiento médico pone a la sociedad en una situación de ignorancia o de asimetría para emitir juicios de valor sobre la idoneidad de la práctica de la medicina. Esta ignorancia con respecto al contenido y a la forma de proceder de los profesionales no existe en relación con las finalidades de la actividad profesional. La ciudadanía, pacientes potenciales y pacientes actuales, esperan que los médicos utilicen los privilegios concedidos como garantía de que van a primar los intereses de los pacientes sobre cualquier otro tipo de interés. La aceptación de este acuerdo, el denominado contrato social implícito entre PM y sociedad, por parte de los médicos conlleva la satisfacción de una serie de obligaciones. Estas últimas se fundamentan en dos aspectos esenciales: competencias y compromisos. Éstos se materializan en conocimientos, habilidades, actitudes y valores concretos.

La confianza constituye el valor esencial que garantiza la viabilidad social del contrato entre PM y sociedad. La sanidad actual está inmersa en un proceso de cambio social que dificulta el mantenimiento y la consolidación de acuerdos o contratos fundamentados en formas de confianza universales o generalizadas. Los cambios en la estructura de las profesiones sanitarias, la aparición de un nuevo modelo de paciente y ciudadano, la mayor complejidad del conocimiento médico, la irrupción de los Estados como grandes financiadores de la atención sanitaria y la heterogeneidad de valores sociales constituyen, a grandes rasgos, las principales tendencias que determinan en el SNS un cambio en el modelo de confianza que fundamenta el contrato social entre PM y sociedad. Ese modelo podría no responder ni a las necesidades de los pacientes ni a las de los profesionales de la medicina. Tampoco parece un modelo adecuado para establecer relaciones con los gobiernos y los nuevos agentes sanitarios.

El mantenimiento de un contrato social ambiguo genera desconfianza entre las partes que lo han suscrito y, por lo tanto, urge su reelaboración. Esta actualización pasa por su conversión en un contrato explícito basado en modelos de confianza específicos, en los que se determina en quién, para qué y en qué situaciones se otorga la confianza. La PM podría estar en condiciones de liderar en el SNS esa renovación contractual, dada la elevada confianza que aún retienen de la ciudadanía. Este nuevo contrato debe suscribirse

también con los gobiernos, los proveedores, otras profesiones sanitarias, las universidades y otros agentes que actúan en el sector sanitario.

El itinerario contractual propuesto tendría que desarrollarse en diferentes fases. En la primera, la propia PM tendría que acordar contractualmente cómo se quiere presentar al resto de la sociedad, cuáles son sus competencias y cuáles son sus compromisos.

El proyecto de profesionalismo médico descrito en la Tabla 10 constituiría un buen modelo de presentación social. La PM debería consensuar en el SNS una carta de presentación social homogénea para toda la profesión. En esta fase también se tendrían que determinar los ámbitos de competencias de las diferentes organizaciones que representan a los médicos: colegios profesionales, consejos facultativos, sociedades científicas y sindicatos. En una segunda fase, la PM tendría que acordar las condiciones de ejecución y evaluación del profesionalismo con las asociaciones de pacientes –como representantes de los enfermos– y los gobiernos. En la tercera fase, la PM tendría que establecer modelos de relación con otros agentes sanitarios, incluidas las universidades, los medios de comunicación y la judicatura. Finalmente, los principios, derechos y obligaciones contraídos de forma explícita en esos acuerdos contractuales deberían ponerse en conocimiento de la opinión pública y ser objeto de evaluación y de actualización periódica. Este nuevo modelo contractual está basado en la construcción de confianza mediante la cooperación entre las partes o agentes contratantes y en la garantía de que la PM es una profesión que ofrece confiabilidad.

La elaboración de un contrato social explícito supone para la PM un replanteamiento interno de sus competencias y compromisos ante la misma profesión y ante la sociedad a la que sirve. Este posicionamiento debería hacerse mediante un plan estratégico de la profesión que fuera deliberado entre sus miembros y que constituyera una declaración honesta sobre las posibilidades y los límites reales del ejercicio de la actividad profesional. Con respecto a las competencias, la PM debe replantearse la idoneidad de los sistemas de adquisición y evaluación formal de ellas. Como ya se ha expuesto en este trabajo, urgen cambios profundos en la formación de pregrado y en el programa de formación de médicos internos residentes, ya que los programas vigentes podrían no responder bien a las necesidades de la sociedad. Asimismo, se debería hacer una apuesta por la excelencia técnica y humana mediante la promoción de estrategias de recertificación y de evaluación objetiva de competencias. Finalmente, la PM debe determinar cuáles son los estándares de buena práctica clínica en las diferentes especialidades médicas y cómo se han de valorar.

La PM también tiene que velar por la adecuación de sus compromisos a la realidad actual de la sociedad española. Para ello tiene que llevar a cabo una apuesta decidida, transparente e independiente por la rendición inteligente y positiva de cuentas, la honestidad, la defensa del paciente y la promoción del bien común. Ello exige una mayor apertura hacia la sociedad a la que sirven y a las instituciones que la representan. En este replantea-

miento de sus compromisos, la PM debe valorar las limitaciones de los códigos deontológicos vigentes como instrumentos de garantía de una buena conducta profesional y del cumplimiento de los compromisos adquiridos. También se debe evaluar hasta qué punto estos códigos son conocidos y asumidos por todos los profesionales y por la población a la que se sirve. Los compromisos que representan deben estar alineados con los de los pacientes y los de otros agentes sanitarios. Esta circunstancia también obliga a determinar cuáles serían las responsabilidades y los límites de actuación de los gobiernos, como agentes emergentes en la financiación y provisión de los servicios sanitarios.

Finalmente, es importante resaltar que el éxito de cualquier acuerdo contractual pasa por mejorar el capital social y, por lo tanto, las competencias cívicas de los ciudadanos. En este sentido, las asociaciones de pacientes juegan un papel fundamental para hacer de enlace entre PM, gobiernos y ciudadanía. Y no hay que olvidar que lo que los pacientes y ciudadanos quieren son buenos médicos y médicos buenos. El modelo de contrato social puede constituir un buen punto de partida para redefinir las relaciones entre medicina y sociedad en el contexto actual de cambio social y, así, poder confrontar la tensión existente entre equidad, buena calidad asistencial, exceso de posibilidades tecnológicas y finitud de los recursos disponibles.

Agradecimientos

A Salvador Jovell Baró (epd), por ser un ejemplo de buen profesional de la medicina.

Una mención especial merecen David y Pol por el tiempo que nos han prestado para hacer éste y otros trabajos, y por el cariño que nos proporcionan, así como toda nuestra familia por su apoyo y ayuda.

A las diferentes personas que han revisado una versión anterior de este manuscrito y nos han aportado ideas y bibliografía para su realización.

A los alumnos que han compartido con nosotros estas ideas en los diferentes cursos en los que hemos participado.

Los autores agradecen a las organizaciones que apoyaron la Declaración de Barcelona y a las asociaciones que promueven el Foro Español de Pacientes.

Los profesionales de la Fundació Biblioteca Josep Laporte han estado detrás de todas estas iniciativas con empeño e ilusión.

Detrás de todas las organizaciones e instituciones mencionadas hay personas que han sido muy relevantes para poder disponer de la información que se presenta en este capítulo, y a los que hemos preferido expresarles nuestro agradecimiento de forma institucional.

Índice de Tablas

Tabla 1. Transiciones sanitarias	11
Tabla 2. Características fundamentales del profesionalismo médico	17
Tabla 3. Cambios promovidos por la transición laboral	19
Tabla 4. Conclusiones del Asma Metaforum Español (noviembre 2004)	25
Tabla 5. Valores del profesionalismo moderno	26
Tabla 6. Roles de la profesión médica	28
Tabla 7. Acciones propuestas para promover unos colegios profesionales centrados en el paciente	33
Tabla 8. Contrato social para la sanidad	39
Tabla 9. Causas de ruptura del contrato social entre profesión médica y sociedad	43
Tabla 10. Profesionalismo médico en el nuevo milenio: principios y responsabilidades	45

Bibliografía

- Aubia, J. (2004), Las organizaciones profesionales médicas en España desde la perspectiva de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), en Oriol Bosch A, Pardell Alenta H, editores. La profesión médica: los retos del milenio, Monografías Humanitas, Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Beck, U. (1998), La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad, Barcelona, Paidós.
- CAMFIC (2005), Mi compromiso como médico/a de familia, *Gaceta SEMFYC*, noviembre, 99:12.
- Coetzee, J. M. (2004), Elizabeth Costello, Barcelona, Mondadori.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2005), Guia del maltractament al malalt gran, Barcelona, COMB.
- Cook, K. S., Hardin, R., y Levi, M. (2005), Cooperation without trust?, New York, Russell Sage Foundation.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., y Johnston S. E. (2000), Professionalism: an ideal to be sustained, *Lancet*, 356:156-9.
- Cruess, S. R., y Cruess, R. L. (1997), Professionalism must be taught, *BMJ*, 315:1674-7.
- Freidson, E. (2001), Professionalism. The third logia, Chicago, the University of Chicago Press.
- Generalitat de Catalunya, Llibre Blanc de les Professions Sanitàries, Barcelona, 2003, en www.gencat.net/salut/dpsan/units/sanitat/lilibreblanc.pdf.
- General Medical Council (2003), Tomorrow's doctor, London, GMC.
- General Medical Council (2004), Business Plan 2004/5, London, GMC.
- Giddens, A. (1990), The consequences of modernity, Stanford, CA, Stanford University Press.
- Guttman, A., y Thompson, D. (1996), Democracy and disagreement, Cambridge MA, The Belknap Press of Harvard University Press.
- Habermas, J. (1999), Problemas de legitimación del capitalismo tardío, Madrid, Cátedra.
- Hardin, R. (2002), Trust and trustworthiness, New York, The Russell Sage Foundation.
- Hirschman, A. O. (1990), Exit, voice, and loyalty. Response to decline in firms, organizations, and states, Cambridge MA, Harvard University Press.
- Irvine D. (1999), The performance of doctors: the new professionalism, *Lancet*, 353:1174-7.

- Irvine, D. (2001), Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework, *Lancet*; 358: 1807-10.
- Irvine, D. H. (2004), Time for hard decisions on patient-centred professionalism, *MJA*, 181:271-4.
- Jovell, A. J. (1995a), Temps era temps: La necessitat d'un nou contracte social a la sanitat, *Salut Catalunya*, 10:51-7.
- Jovell, A. J. (1995b), De l'Estat a la Societat del benestar, *Salut Catalunya*, 10:50.
- Jovell, A. J. (1999a), El futuro de los servicios sanitarios: gestión del conocimiento, de los recursos humanos y de los valores éticos, en Jovell A. J., Aymerich M., Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad, Barcelona, Monografía de la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.
- Jovell, A. J. (1999b), Medicina basada en la afectividad, *Med Clin (Bar)*, 113:173-5.
- Jovell, A. J. (1999c), El fenómeno Hepburn. ¿Pacto o contrato social?, *El País*, edición catalana.
- Jovell, A. J. (2001), El futuro de la profesión médica: Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI, Barcelona, en www.fbjoseplaporte.org.
- Jovell, A. J. (2002), El futuro de la profesión médica, *Educación Médica*, 5:73-5.
- Jovell, A. J. (2004a), Gestión del conocimiento afectivo, *Siete Días Médicos*, 600:102-8.
- Jovell, A. J. (2004b), El documento de voluntades anticipadas, en www.diariomedico.com.
- Jovell, A. J. (2005a), Ética de las decisiones sanitarias, *Med Clin*, 124:580-2.
- Jovell, A. J. (2005b), La Macdonalización de la medicina, en diariomedico.com.
- Kotter, J., y Cohen, D. S. (2002), *The heart of change*, Boston, MA, Harvard Business School Publishing.
- Medical Professionalism Project (2002), Medical professionalism in the new millenium: a physicians' charter, *Lancet*, 359:520-2.
- O'Neill, O. (2002), *A question of trust*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Oriol Bosch, A., y Pardell Alenta, H., (eds.) (2004), *La profesión médica: los retos del milenio*, Monografías Humanitas, Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Pardell, H. (2003), ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy?, *Educación Médica*, 6:63-80.
- Pettit ,P. (2004), *Republicanism. Una teoría sobre la libertad y el gobierno*, Barcelona, Paidós.
- Rosen, R., y Dewar, S. (2004), *On being a doctor. Redefining medical professionalism for better patient care*, London, King's Fund.
- Sebald, W.G. (2003), *Sobre la historia natural de la destrucción*. Barcelona, Anagrama.
- SEMFYC (2005), *Mapa de Competencias para evaluación de competencias en práctica clínica (Portfolio semFYC)*, Barcelona, SEMFYC Publicaciones.

Sexton, J. B., Thomas, E. J., y Helmreich, R. L. (2000), Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys, *BMJ*, 320:745-9.

Smith, R. (2001), Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep, *BMJ*, 322:1073-4.

Weber, M. (1944), *Economía y sociedad. Esbozos de sociología comprensiva*, México, Fondo de Cultura Económica.

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Fález, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Fález.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.

- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.^a Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambronero, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contacto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gérvas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.

- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.
- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubia Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Reyes Mate.
- 97/2006. **La competencia política de los ciudadanos en España: diagnóstico y propuestas.** Marta Fraile.