

Tema 2.**EL MEDICO Y SU ENTORNO. PROFESIONALISMO MEDICO Y VALORES PROFESIONALES.****INDICE DE CONTENIDOS****1. INTRODUCCION.****2. ¿QUE ES UN MÉDICO?****2.1 EL MUNDO ACTUAL, LOS MÉDICOS Y LOS PACIENTES.****2.2 ¿QUÉ ES UN MÉDICO, ENTONCES? Y ¿QUÉ ESPERAN LOS PACIENTES DE LOS MÉDICOS?****3. PROFESIONALIDAD O PROFESIONALISMO CLINICO.****3.1 DEFINICIÓN DE PROFESIONALISMO.****3.2 DEGRADACIÓN DEL PROFESIONALISMO Y PODER MÉDICO.
EJEMPLOS HISTÓRICOS DE DEGRADACIÓN DEL PROFESIONALISMO MÉDICO.****4. LA MUERTE Y LOS MÉDICOS.****Objetivo principal del tema:**

Hacer reflexionar al alumno sobre lo que supone “*ser médico*”.

Objetivos específicos del tema:

Al finalizar el estudio de este tema el alumno debe ser capaz de:

- 1- darse cuenta del papel que juega el médico en el proceso salud-enfermedad.
- 2- conocer el patrón de morbilidad y mortalidad de la sociedad actual.
- 3- entender las limitaciones de la práctica médica.
- 4- comprender la importancia de integrar en la clínica diaria los valores profesionales y el respeto al paciente.

1. INTRODUCCIÓN

Ser médico supone una responsabilidad. Un médico no sólo ha de ser una persona que domine una serie de conocimientos técnicos o aparatos, sino que sepa utilizarlos adecuadamente para el bien del paciente y sin olvidar nunca que está para “atender correctamente a una persona, no a una enfermedad”.

¿Qué es medicina?: *“no es una ciencia, sino una profesión erudita, profundamente enraizada en cierto número de ciencias y con obligación de aplicarlas en beneficio del hombre”*. También se podría definir como: *“un conjunto cambiante de conocimientos, habilidades y tradiciones que se aplican a preservación de la salud, la curación de las enfermedades y a la mejoría del sufrimiento”*.

Para cerrar estas reflexiones sobre el concepto de medicina, citemos a un decano de esta facultad, al profesor Cerdán Vallejo, que en los años 80 escribía: *“el paciente no es un órgano alterado, sino una persona compuesta de múltiples y complejos sistemas estrechamente relacionados, todos los cuales se afectan en la enfermedad, por ello, el médico que pierda esta visión holística del enfermo corre el riesgo de personificar el absurdo desiderátum de saber todo de nada”*.

2. ¿QUÉ ES UN MÉDICO?

Llegar a ser médico no es fácil. Un médico no llega a ser tal si no considera en los pacientes los aspectos biopsicosociales y culturales del paciente. Se puede ser un magnífico técnico en enfermedades pero un pésimo médico si se olvida que no se tratan analíticas, radiografías, resonancias magnéticas, radiografías, o libros, sino personas.

Realmente es difícil definir lo que es un médico:

- ¿Es alguien que investiga?
 - NO. Todos los médicos no investigan, la mayoría no lo hace nunca.
- ¿Es alguien que atiende enfermos?
 - NO. Todos los médicos no atienden enfermos (hay bioquímicos, microbiólogos, anatómicos patólogos....).
- ¿Es alguien que cura?
 - NO. Todas las enfermedades no tienen cura. Sobre todo en la sociedad actual hay cada vez más enfermedades crónicas, degenerativas, o pacientes que llegan a fases muy avanzadas de la enfermedad.
- ¿Es alguien que diagnostica enfermedades?
 - NO. Hay problemas que o se curan solos o no se diagnostican...o el médico es incapaz de diagnosticar.
- ¿Es alguien que da pastillas, u opera?
 - NO. Hay tratamientos médicos, quirúrgicos, radioterapia, conductual, psicológico....

Por tanto, ¿Qué es un médico?: Un médico sería, aquel profesional, que con un elevado grado de conocimientos, teórico-prácticos, científico- médicos, es capaz de mantenerlos y mejorarlos, con el fin de, aplicarlos para, ayudar a las personas, utilizando no sólo recursos técnicos (medicamentos, pruebas,...) sino también humanos (empatía, piedad, compasión,... y sobre todo compromiso con las personas).

2.1 El mundo actual, los médicos y los pacientes.

Hasta hace pocos años la mayoría de las personas fallecían a edades más tempranas que las actuales generalmente por traumatismos, accidentes, y enfermedades infecciosas. Los avances científicos, sobre todo en lo tocante a las medidas preventivas (vacunas) y mejoras de la calidad de vida y del medio ambiente (alimentos, agua ...) ha propiciado que el antiguo patrón de morbimortalidad haya sido sustituido por un patrón completamente distinto.

El patrón actual de morbimortalidad de las sociedades industrializadas se caracteriza por:

- **Disminución de morbimortalidad infantil, maternal y perinatal.**
- **Aumento de la esperanza de vida.**
- **Disminución de las enfermedades infecciosas.**
- **Aumento de enfermedades tumorales, cerebrocardiovasculares y degenerativas.**

Ello provoca la existencia de poblaciones envejecidas con un grado elevado de discapacidad y dependencia, con un gran número de problemas de salud, la mayoría sin solución curativa y que consumen un gran número de recursos sanitarios (consultas médicas y de enfermería, visitas reiteradas al centro de salud, ingresos hospitalarios y fármacos).

Asimismo el médico no se puede sustraer de la influencia de la ciencia y de la técnica en decisiones que se han de tomar en los límites de la vida, tanto al comienzo como al final:

- **Decisiones al final de la vida.** ¿Hasta dónde se puede/debe llegar con los tratamientos, técnicas o diagnósticos? ¿Dónde se pone el límite? ¿Quién pone el límite?
- **Genética. Genómica. Células madre.** ¿Hasta dónde se puede/debe llegar con la selección de la especie humana?
- **Feminización de la profesión médica.**
- **Cambio del rol del médico.** Las decisiones sobre la salud han de ser tomadas por las personas (salvo las excepciones que marcan las leyes) disponiendo de toda la información posible para un ejercicio de la libertad, y el médico no se puede irrogar de una autoridad que no le compete.

- **Salud como elemento de consumo. Límites entre salud y enfermedad.** En nuestro entorno, la sociedad de consumo y del bienestar, no tolera ningún defecto del supuesto canon de belleza y armonía, lo que se traduce por un culto, aberrante, a la imagen, a no tolerar ningún defecto, real o percibido y a medicalizar cualquier tema relacionado con el disconfort, tanto del cuerpo como del espíritu. Se medicaliza la menopausia, el envejecimiento, la muerte, el deterioro, la involución fisiológica, la apariencia física, alopecia, la pérdida de vigor sexual, y la infelicidad. Se quiere esconder el sufrimiento, la pena y el duelo por el fallecimiento de un ser querido. Hay que ser “*felices por obligación*”.
- **Influencia de la organización de los sistemas sanitarios.**
 - **¿Se le asignan a los médicos un número excesivo de responsabilidades a la hora de seleccionar a que/quienes ha de aplicarse un tratamiento o prueba?**
 - **La eficiencia en los sistemas sanitarios públicos o privados.** “*La salud no tiene precio, pero sí tiene un coste*”. No todo lo técnicamente posible ha de ser sanitaria ni económicamente sufragable.
 - **Médico como asalariado de sistemas sanitarios públicos o privados.** La actuación del médico es supervisada por empleadores de sistemas públicos o privados. ¿Cuál ha de ser la lealtad del médico? ¿Se debe al sistema o se debe al paciente?
 - **Trabajo en equipo y dilución de la responsabilidad.** La complejidad de la medicina actual hace prácticamente inviable el ejercicio aislado (liberal) de la profesión. En los centros sanitarios trabajan médicos, enfermeras y otro personal también necesario, lo que provoca un cierto grado de despersonalización en el trato ya que los pacientes pueden no tener un referente para sus dudas. Es necesario e imprescindible el trabajo en equipo pero manteniendo un claro referente del proceso asistencial.
 - **Medicina defensiva.** El miedo a litigios y reclamaciones hace que muchos médicos se refugien en un tipo de práctica clínica en la que cuentan poco los aspectos emocionales del paciente y cuentan sobre todo las variables “*mensurables*” (pruebas, fármacos). Nunca el médico podrá tener la absoluta certeza de lo que le sucede o no sucede al paciente. La repetición sucesiva de una prueba o análisis una vez y otra en busca de la certeza absoluta además de provocar un coste del proceso insoportable puede tener otros efectos como la iatrogenia (de *iatros*=médico, y *génico*=originado, se dice del daño producido por el médico).
 - **Demanda asistencial sin límites y aumento de la oferta sanitaria. Influencia de las decisiones políticas en la asistencia sanitaria.**

- **Multiculturalidad. Migraciones.** El médico actual no puede ser ajeno a los cambios sociales y demográficos.
- **Tecnologías de la información.** Ya la información no es propiedad de nadie y menos del médico. La información está en la red y cualquiera puede acceder a ella. Cada vez los pacientes están más informados, son más demandantes, y hay menor tolerancia a errores o incomodidades.
- **Influencia en la salud de los problemas personales y sociales.** Los médicos piden una nueva relación social con los pacientes, dónde al médico no se le pida más que lo que puede dar asumiendo que no todos los problemas del cuerpo tienen solución y que la muerte y el dolor son parte de la vida.

2.2. ¿Qué es un médico, entonces? y ¿Qué esperan los pacientes de los médicos?

- **SABER.** Los pacientes acuden a los médicos porque creen que son los que mejor le pueden ayudar a resolver su problema. De ello por tanto se deduce ya una responsabilidad, hay que ser competente técnicamente y estar al día y estudiar constantemente.
- **SABER HACER.** No sólo hay que tener unos conocimientos teóricos sino manejar una serie de temas instrumentales, manuales, psicológicos, técnicas de entrevista, de negociación, sobre cómo dar malas noticias.
- **SABER SER.** Este es el aspecto más importante. No sólo hay que saber, saber hacer, sino saber ser "**buen médico y sobre todo mejor persona**". Para ayudar a una persona hay que anteponer las necesidades de la misma a los deseos e intereses propios (el paciente lo primero). Los pacientes esperan de los médicos que además de saber (se les ha otorgado un título después de haber superado muchas dificultades) sean capaces de:
 - **Respetar los valores de los pacientes, independientemente de género, religión, cultura, origen, nivel económico.**
 - **Aceptar que la muerte es parte de la vida y de ayudar a las personas y a sus seres queridos en momentos difíciles.**
 - **Saber cuándo es el momento de decir **BASTA** en términos de tratamientos y pruebas (y ser capaces de explicarlo bien para no generar desconfianza ni que parezca una desatención).**
 - **Dar consejos de salud además de tratar enfermedades.**
 - **Saber, estudiar, mantenerse al día.**
 - **Aprender de otros y enseñar a otros (médicos residentes, estudiantes).**
 - **Ser "abogado del paciente" e interlocutor ante otros médicos.**
 - **Trabajar en equipo con otros profesionales.**

- **Ser cortés, educado, sincero, sensible, respetuoso y dejar hablar al paciente.**
- **Hacer partícipe a los pacientes de las decisiones.**
- **Usar adecuadamente las últimas tecnologías.**
- **Informar bien de lo que le pasa al paciente y que éste sea capaz de entenderlo.**
- **Ponerse en el lugar del paciente y comprenderle.**

La mayoría de los estudiantes de medicina cuando lleguen a ser médicos atenderán a pacientes. Por ello es necesario insistir en los valores no sólo técnicos que han de tener los médicos sino en los aspectos humanos que han de acompañar inseparablemente a una asistencia de calidad.

3. PROFESIONALIDAD O PROFESIONALISMO “CLÍNICO”

Se trataría de una vuelta a las esencias que desde siempre han conformado la práctica médica, en momentos de crisis de los profesionales debido a los cambios demográficos y sociales anteriormente referidos.

3.1 Definición de Profesionalismo.

El profesionalismo sería el conjunto de habilidades, actitudes y valores con los que el médico demuestra que merece la confianza que el paciente y la comunidad le otorgan porque saben que antepondrá siempre la búsqueda del bienestar del paciente a su beneficio propio (el paciente es lo primero). Los pacientes nos dejan meternos en su vida, en su casa, en sus cuerpos, se desnudan ante nosotros en cuerpo y alma sin pudor, porque creen/saben que nosotros les ayudaremos y no nos aprovecharemos de nuestra situación de poder.

Los valores profesionales (profesionalismo) no se adquieren al finalizar los estudios. Han de inculcarse a lo largo de todo el currículo. Los ideales de altruismo y ayuda están presentes en los estudiantes durante los primeros años de facultad. Gracias a ellos tal vez decidieron ser médicos. Desgraciadamente con los años esos ideales de altruismo se pueden ir diluyendo y llegar al ejercicio profesional con grandes dosis de cinismo, distancia con los pacientes y falta de humanidad.

En un intento por ampliar la definición de profesionalismo médico se puede establecer que abarcaría las siguientes características:

- Capacidad para subordinar los intereses propios a los de los pacientes y la comunidad a la que sirve.
- Apego permanente a la moral y a la ética.
- Respuesta a las necesidades sociales actuales y cambiantes.
- Adopción de valores como:
 - Honestidad.
 - Integridad.
 - Calidez.

© Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina.

Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011

- Compasión.
- Altruismo.
- Empatía.
- Respeto hacia los otros.
- Generación de confianza.
- Ejercicio de la responsabilidad.
- Demostración de compromiso continuo en busca de la excelencia.
- Compromiso con la transmisión del conocimiento y el avance científico en su área.
- Capacidad de trabajo en entornos de alto nivel de complejidad e incertidumbre.
- Reflexión y capacidad de autocrítica respecto a sus decisiones y acciones.

3.2 Degradación del Profesionalismo y Poder médico.

Desgraciadamente a veces los médicos no cumplen con el papel que le otorga la sociedad, desarrollan actitudes que son todo lo contrarias a lo que debe ser un médico y usan mal el poder que le dan los pacientes. Los médicos también pueden mostrar conductas inadecuadas como:

- Abuso de poder.
- Arrogancia.
- Avaricia.
- Mentira y fraude.
- Impedimentos físicos o psíquicos para una asistencia de calidad (consumo de drogas, o enfermedades psiquiátricas).
- Conflictos de interés.

El médico tiene a su disposición muchos tipos de poder, poder que nos conceden nuestros pacientes.. Ordenamos a los enfermos que se desnuden, se les somete a exploraciones físicas, instrumentales. Desnudan sus cuerpos y sus almas. Pero todo lo hacen porque piensan, que es necesario, que en el fondo puede ser bueno para ellos: ponen su confianza en nosotros.

El poder médico puede ser ejercido de diferentes formas y tiene diferentes vertientes (Ver lectura en bibliografía).

A pesar de que el poder del médico ha podido ser socavado por la funcionarización del mismo y pasar a ser un asalariado de sistemas sanitarios públicos o privados no se puede negar que todavía tiene un gran poder.

La obediencia y el poder son necesarios para un funcionamiento razonable de la sociedad, pero no han de ser pretextos para un uso no razonable de ambos conceptos.

El ejercicio del poder que otorga la sociedad al médico requiere una gran responsabilidad. Los pacientes, y la sociedad nos dan un gran poder, pero para que lo ejerzamos en provecho de ellos y nunca para beneficio propio.

Incluso se puede llegar a alcanzar verdaderas cuotas de degradación del profesionalismo y abuso de poder, como:

- Colaboración con los gobiernos o los estados para el uso de los conocimientos médicos en la tortura, ejecuciones, guerra atómica, química o biológica, y guerra convencional, o priorizando en las guerras la asistencia de los heridos propios en contra de los civiles o de los heridos enemigos.
- Uso de los pacientes como meros sujetos de experimentación.
- Falta de respeto a los pacientes y a los cadáveres en ámbitos docentes.
- Colaboración del médico en esterilización, asesinato de enfermos, y en el establecimiento de teóricas condiciones genética o medicamento deseables, desechando el resto.
- Uso de la fuerza y de medidas de contención físicas o farmacológicas, o alimentación forzada, que atentan contra la dignidad humana.
- Ruptura de la confidencialidad y transmisión de datos personales a gobiernos, responsables sanitarios, u otras entidades.
- Influencia de los aspectos económicos en la selección de cuidado a aportar a los pacientes.
- Uso perverso de la investigación genética y de la medicina reproductiva.

3.3 Ejemplos históricos de degradación del profesionalismo médico.

A lo largo de la historia ha habido muchos ejemplos en los que los médicos han abandonado los valores profesionales y se han comportado con los pacientes de forma totalmente perversa.

Los principales ejemplos son:

- **Experimento Tuskegge.** Consistió en la observación durante más de 40 años de la evolución de la sífilis en pacientes negros americanos sin prestarles ningún tipo de tratamiento. Se trataba únicamente de ver como evolucionaba la enfermedad.
- **Experimento de Willowbrook.** Se trató de la administración del virus de la hepatitis a niños discapacitados. Se coaccionaba a los padres para que aceptaran la inyección de las sustancias a cambio de que el niño ingresara en el hospital.
- **El papel jugado por los médicos durante el nazismo.** Durante la era nazi (1933-1945) los médicos esterilizaron y asesinaron a niños y adultos discapacitados o nacidos con enfermedades congénitas, experimentaron con personas y utilizaron sus conocimientos para el asesinato masivo de millones de personas
- **La colaboración de médicos con otros regímenes totalitarios** (dictaduras latinoamericanas, Sudáfrica durante el apartheid, interrogatorios en cárceles de la URSS, Guantánamo y Abu-Grahib).

4. LA MUERTE Y LOS MÉDICOS.

La muerte es, aparentemente la gran enemiga del médico. Pero esto no es así, la muerte es consustancial a la vida, la vida solo tiene sentido en cuanto existe la muerte. Nuestro gran objetivo no es siempre evitar la muerte. Si se asume que el médico ha de luchar contra la muerte, de antemano esta lucha está perdida. Que un paciente fallezca no es un fracaso de la medicina ni de los médicos, salvo que no se haya atendido al paciente adecuadamente, o se le haya atendido con negligencia, retraso diagnóstico o terapéutico, mala praxis o haya sufrido sin necesidad.

Se comienza a estudiar Medicina con grandes dosis de altruismo y con un ideal de ayuda. La realidad una vez finalizados los estudios es bastante distinta: las enfermedades se parecen poco a las descripciones de los libros y los pacientes no son “*algo perfecto*”: incumplen los consejos médicos, hacen caso omiso de dietas, tratamientos, fuman, beben y hacen todo lo contrario de lo que parece razonable.

Además el patrón de morbilidad de las sociedades postindustrializadas contribuye poco: enfermedades crónicas y degenerativas para las que la medicina tiene poca solución. El joven médico puede llegar a desesperarse por esa tensión entre lo que creía que podía hacer y lo que puede hacer, pacientes crónicos, con múltiples enfermedades, que ingresan en el hospital una y otra vez, y que consumen, no sólo su paciencia sino, recursos sanitarios sin fin. El joven médico no puede cambiar a las personas ni a la sociedad. Ni juzgar al paciente, pues. el idealismo del que “*quiere ayudar pero no puede o no lo dejan*” se puede tornar en una actitud agresiva hacia los enfermos y en actitudes radicales. Se puede llegar a ver a los pacientes como “*cosas*” o algo “*totalmente molesto*”. También los médicos pueden optar por poner distancia entre él y el paciente, mediante la realización de pruebas y más pruebas y ser seducidos por la tecnología. Es más fácil pedir una prueba y luego otra, o enviar a un paciente a otro médico, que explicar la situación, las limitaciones de los tratamientos o, simplemente, escuchar al paciente.

¿Qué médico no es seducido por la tecnología y la posibilidad de mirar en el interior de la vida? La tecnología seduce a un profesional, como el médico, que precisamente está enfrentado a diario con la imperfección, el desequilibrio y la falta de uniformidad, ya que cada paciente es distinto.

Ante estas realidades, desgraciadamente, se pueden adoptar cursos de actuación absolutamente contrapuestos, pero ambos basados en una supuesta omnipotencia y una falsa sensación de ser dueño de la vida y de la muerte:

- El médico cree que hay que curar a cualquier precio, aunque la enfermedad no tenga curación. Se intenta entonces realizar una medicina agresiva.
- El médico cree que ya está bien de sufrir y decide por su cuenta de forma activa o pasiva acelerar el fin del paciente para procurar un fin “*compasivo*” desde su propio criterio.

Es difícil establecer el término medio, pero tan inadecuada, por no decir casi delictiva, es una actitud como la otra: es malo acelerar la muerte y es malo intentar ocultarla, disfrazarla e intentar retardarla cuando es inevitable la misma.

No es la intención en esta clase crear un debate sobre eutanasia, suicidio asistido, ni ningún otro término similar que a buen seguro se tratará en otros foros con más tiempo y profundidad. Sólo se quiere plantear:

- que la Medicina tiene limitaciones.
- que conseguir razonables estados de mejora es una gran meta y este es el gran objetivo.
- que no todo es posible y que no se puede aspirar a la certeza absoluta ni al riesgo cero de enfermar.
- que a todos nos gustaría que nuestros últimos momentos tuvieran al menos la misma dignidad que el resto de nuestra vida.
- que entre cursos extremos como: la eutanasia y la obstinación terapéutica hay un amplio abanico de posibilidades de actuación.

Aunque no se pueda curar, se puede cuidar, consolar, y sobre todo estar al lado de las personas.

Y para finalizar, unas reflexiones:

Ser médico no es una profesión más.

Ser médico no es una ocupación más.

Ser médico es una forma de vida.

Anexo. ¿Cómo ha de ser el médico del futuro?

- Un medico que trate enfermos, no enfermedades
- Un medico con actitud critica
- Un medico comunicador y empático
- Un médico responsable individual y socialmente
- Un medico que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema
- Un medico líder del equipo asistencial
- Un medico competente, efectivo y seguro
- Un medico honrado y confiable
- Un medico comprometido con el paciente y con la organización
- Un medico que vive los valores del profesionalismo

Fuente. El médico del futuro. Med Clin(Barc).2010;134 :363–368

Bibliografía

1. Borrell-Carrio F, Epstein, R M, Pardell Alentà H. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Medicina Clínica 2006; 127: 337-342. <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/profesionalidad-professionalism-fundamentos-contenidos-praxis-docencia-13092322-articulos-especiales-2006>
2. Baeza H. El poder del médico. Medicina General 2004; 60: 13-18. http://www.medicinageneral.org/revista_60/pdf/original.pdf

Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gaceta Sanitaria 2006;20(Supl 3):66-71. <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2009/01/uso-y-abuso-gaceta-2006.pdf>
3. García Marcos JA. La medicina sin rostro humano. <http://www.fu1838.org/pdf/2005-1.pdf>