

MESA REDONDA - SESIÓN MIR

JUEVES 11 DE JUNIO - 17:30-19:00 H - SALA AUDITORIO

LA PROFESIONALIDAD EN TIEMPO DE CRISIS

Moderadora: Carmen Martínez González. *Centro de Salud San Blas. Madrid*

PERFILES REALES, PERFILES DE CINE

Isolina Riaño Galán

Hospital de San Agustín, Avilés (Asturias) y Coordinadora Grupo de Cooperación Internacional de la AEP

Desde sus inicios, el cine ha mostrado interés por plasmar aspectos relacionados con la salud, la enfermedad y la muerte. De modo especial, nos transmite que no existe la enfermedad en abstracto sino enfermos, hombres y mujeres, niños y ancianos con un rostro concreto, con sus valores y creencias, con sus deseos y sueños, que sufren, que luchan, que viven en un contexto concreto y según su proyecto vital.

También, nos presenta profesionales de la salud que ejercen su saber de curar y de cuidar de un modo concreto, que dan respuesta a los conflictos de valores que se les presentan de una u otra manera, en sus circunstancias concretas. Nos narra perfiles de médicos de todo tipo, desde abnegados profesionales comprometidos con sus pacientes a otros que muestran un trato frío, distante, tecnificado y poco humanizado, donde es más interesante el conocimiento de la enfermedad que del enfermo, tópicos que señalan las deficiencias de los sistemas sanitarios y la aparente incapacidad de empatizar y comprender a sus pacientes. Patologías específicas de niños y ancianos han tenido diferentes tratamientos y han puesto de relieve críticas a sistemas sanitarios y denuncias de atractivos negocios. También demanda de recuperar el trato de los pacientes como personas, con su proyecto de vida único, como **Patch Adams** (dirigida por Tom Shadyac en 1998) en la que Dr. Hunter (interpretado por Robin Williams) desde el valor terapéutico de la sonrisa, logra devolver la ilusión y la esperanza a pacientes y sus familias.

No sólo el cine sino también la pequeña pantalla presta atención a las series sobre temas médicos, que desde siempre han tenido gran audiencia, como pruebanla múltiples ofertas en distintos canales. Este fenómeno no es nuevo, si bien los médicos de los programas de antes eran muy distintos de los actuales. Hemos asistido a un cambio pendular desde un extremo “rosa”, “irreal” a otro extremo oscuro¹. Los de antes eran impecables en apariencia y en sus acciones. Si cometían algún error, no era por desidia o falta de profesionalidad, sino por motivos ajenos a ellos. Y el final solía ser feliz o aleccionador. Los personajes actuales son totalmente contrapuestos.

Sirvan de ejemplo **House** o **Anatomía de Grey**, donde con frecuencia representan conductas faltas de ética, actitudes egoístas, conflictos de intereses, y el paciente pasa a ser solo un caso más o una oportunidad de aprendizaje. Además, todo queda olvidado si se salva la vida del paciente, transmitiendo la impresión que es el único valor a preservar, como si el resto de derechos de los pacientes pudiesen ser pisoteados. Cabe destacar que según una encuesta realizada a jóvenes universitarios madrileños su personaje favorito era el Dr. House². Mas adelante, analizaremos su perfil que personifica el antihéroe, y que no suele dejar indiferente.

Asimismo el cine refleja la evolución que las relaciones sanitarias han experimentado en los últimos años y nos ofrece la oportunidad de reflexionar sobre los cambios producidos. Sirva de ejemplo, la actitud paternalista, totalmente inaceptable hoy, recogida en la famosa serie española **Cuéntame** (a principios de los ochenta, el médico oculta a la protagonista el diagnóstico de cáncer de mama y que se le realizará una mastectomía, “por su bien”).

Podemos explorar la visión clásica de la medicina en la película **No serás un extraño** (Director Stanley Kramer, EE.UU. 1955). Su protagonista es un estudiante de medicina (R. Mitchum) que lucha por realizar la gran pasión de su vida: ser médico. El médico está dotado de gran poder y autoridad, que ha de ejercer con fuerte responsabilidad moral. Adquiere un compromiso público de su recto ejercicio profesional (juramento hipocrático), pero no tiene que dar cuentas a nadie, solo ante Dios, de ahí la impunidad jurídica. Como refiere su padre para llegar a ser un buen médico no solo hay que tener cerebro, sino también corazón. Para ejercer la medicina la competencia profesional es necesaria, pero los sentimientos son imprescindibles. Por eso la excelencia médica solo se logra aunando ciencia y humanismo.

La película **El Doctor**/The Doctor (1991) de Randa Haines resulta de gran utilidad para reflexionar sobre profesionalidad. De hecho posiblemente es la más usada en educación médica. Se basa en el libro autobiográfico “A taste of my own medicine: when the doctor is the patient”, publicado en 1988 por el Dr. Edward Rosenbaum, reumatólogo jubilado, sobre su experiencia tras ser diagnosticado de cáncer de laringe. Asumir el rol de paciente le llevó a considerar la profesión médica bajo una nueva óptica.

Como espectadores nos permite adoptar la doble perspectiva siguiendo las vicisitudes del Dr. Jack Mackee

(William Hurt), cirujano joven y brillante, un triunfador, que trivializa y se protege del dolor ajeno. Varias escenas muestran su comportamiento insensible y arrogante con un cínico sentido del humor que aplica sin medida a sus pacientes (a una mujer operada de mama, preocupada por la cicatriz le replica *“dígame a su marido que tiene una muñeca desplegable”*) Así lo transmite a sus residentes: *“Entrás, lo arreglas y te largas”*; *“Más que el cariño importa un corte limpio”*. Además, nos permite observar otros perfiles profesionales: su compañero Murray preocupado por una demanda (*“en cuanto patinas, te meten en un pleito”*); el “rabino”, cirujano otorrinolaringólogo judío, que trata con gran respeto y cariño a sus pacientes, siendo ridiculizado por sus compañeros.

La enfermedad le obliga a ponerse en lugar del otro, sufre la burocracia del sistema, sus exámenes humillantes (la bata, los errores médicos, el problema de la intimidad y la confidencialidad, se descubre vulnerable y se siente angustiado, se identifica con los otros pacientes que también viven la enfermedad...) situaciones que añaden un sufrimiento innecesario.

Vemos la perspectiva de los pacientes en relación con los médicos: *“siempre dicen mentiras pero no me engañan”*, *“son ustedes una piña, lo olvidaba”*. Se enfrenta con su doctora, cuyo trato es distante, y en quien ha perdido la confianza (*“los dos sabemos cómo es la cosa”*; *“si yo hubiera tenido un paciente como yo cuando era médico como usted”*) y busca al cirujano, a quien antes ridiculizaba, y se pone en sus manos: *“eres el único en quien confío”*.

Todo ello, le va humanizando y transformando...pasando a ser un profesional excelente. ¿Es imprescindible tener esa experiencia para realmente ponernos en el lugar del otro? Así lo considera el Dr. Jack Mac Kee quien hace que los residentes pasen por esa experiencia para aprender a ponerse en el lugar del paciente.

Otro perfil de cine que quiero presentar para la reflexión crítica es el **Dr. House** (título en inglés House MD), exitosa serie de televisión estadounidense, estrenada en 2004 por la cadena Fox. El personaje central es el Dr. Gregory House (protagonizado por el actor británico Hugh Laurie), médico especialista en enfermedades infecciosas que dirige una unidad encargada de pacientes que han sido evaluados previamente por otros sin llegar a un diagnóstico. House evita hablar con los pacientes, con el célebre argumento de *“los pacientes siempre mienten, el síntoma no”*. Aquello que ocultan suele resultar la pieza que resuelve el enigma de los diagnósticos complejos.

Se presenta como experto conocedor, no sólo de las enfermedades físicas, sino de los misterios de la vida, pudiendo de este modo contextualizar el origen de las enfermedades, y convirtiendo cada episodio en una auténtica muestra didáctica de la construcción social de las enfermedades. Algunos de los temas que aborda la serie son la dificultad para la intimidad, la disolución del mundo moderno y sus certezas, la fluidificación de las relaciones humanas, la transformación de las constelaciones fami-

liares, la opacidad y ambivalencia de los sentimientos en las relaciones; todas estas cuestiones son expuestas en su contradicción y dificultad.

Se opone a la empatía del médico con el paciente, subrayando que no es la “compasión” lo que un enfermo requiere del médico, sino su competencia profesional (le dice a un paciente: *“¿Preferiría un médico que lo tome de la mano mientras se muere o uno que lo ignore mientras mejora?”*). Insiste en el carácter dilemático de las decisiones médicas, agujereando la figura del médico como infalible.

No respeta las reglas y procedimientos comunes en la medicina tradicional, tiene conflictos interpersonales graves (así como falta de empatía) y no muestra interés por otras prácticas clínicas que no sean las suyas. Sufre un dolor crónico intenso en la pierna derecha por el que comienza a prescribirse Vicodin® (hidrocodona), al que acaba haciéndose dependiente. House encaja en un caso típico de patología dual (coexistencia de trastorno por abuso de sustancias y enfermedad mental, en concreto trastorno mixto de personalidad con rasgos del trastorno de la personalidad antisocial y narcisista).

Pero, ¿se puede ser un buen profesional sin empatía? El libro **La maladie de Sachs**, llevado al cine por Michelle Deville en 1999 bajo el título en español **Las confesiones del Dr. Sachs** cuenta la historia de Bruno Sachs, médico rural francés que contempla a sus pacientes de forma global, sin reducirlos a la esfera puramente biológica. Describe la duda, el cansancio, el burnout pero también la satisfacción y el rico rango de emociones de un médico asistencial. La enfermedad de Sachs consiste en la preocupación excesiva por su trabajo y la atención de pacientes, que le impide disfrutar de su propia vida. La película aporta muchos mensajes que nos dicen lo que somos los médicos o lo que deberíamos ser, lo que decimos o deberíamos decir y también las palabras que jamás deberíamos pronunciar. No obstante, ¿hasta dónde debe llegar nuestra implicación y compromiso con los pacientes?⁴ Se debe de encontrar el equilibrio para evitar que vivamos y muramos con la enfermedad de todos los pacientes y para ser sensibles a sus sufrimientos, necesidades y sentimientos. Este equilibrio es difícil de conseguir, debe encontrarlo cada uno (“el escudo invisible” y cuál debe ser su grosor). Cada uno debe encontrar ese punto medio, prudencial, ni ser insensibles y arrogantes protegiéndonos tras un grueso escudo; ni quemarnos, con una implicación que nos incapacite para soportar ese sufrimiento diario.

En definitiva, el cine presenta muchas posibilidades tanto de información y divulgación como de creación de espacios de reflexión social sobre situaciones comprometidas emocionalmente⁵. Además, es capaz de transmitir los sentimientos que generan la discapacidad y la enfermedad, así como el temor, la soledad, el sufrimiento, la angustia o el desamparo y la muerte.

En nuestra cultura de la emoción y de la imagen, el cine puede ser un medio inestimable para fomentar tanto aptitudes como actitudes que promuevan la reflexión,

base del ejercicio ético de la profesión médica. Nos narra historias y nos aporta perfiles de profesionales que pueden ser válidas para la discusión y fomento del pensamiento crítico.

Pero, ¿puede el cine hacernos mejores profesionales? Para Iñigo Marzábal la verdadera función moral del cine es enseñarnos a ver lo que nos rodea de otra manera⁶ Ver al otro de manera más empática. De hacernos más receptivos a los demás y a sus circunstancias, de elegir la compasión no solo como sentimiento sino como virtud⁷. Y eso es esencial para un profesional de la salud. Por tanto, la contribución del cine no sería darnos modelos de vida buenos, satisfactorios y edificantes, ni mostrarnos cómo hemos de vivir ni cómo hemos de actuar.

Nos hemos asomado a algunos perfiles de cine, quizás con cierta simplificación, perfiles que también podemos descubrir y encarnar en la vida real. El cine nos comunica experiencias. Moviliza a la razón, al afecto y a varios sentidos a la vez, y a través de la empatía que se construye entre el espectador y las vivencias de los actores, es capaz de facilitar una mejor comprensión del ser humano. Nos transmite una imagen del mundo, una visión de la vida y del ser humano que permite conocer mejor el mundo, y por tanto, también posibilita transformarlo. El cine nos “da que pensar”, nos puede ayudar a pensar en perspectiva bioética, lo cual en palabras de Diego Gracia, es deliberar⁸. La ética es el arte de elegir lo mejor. No trata de lo que es sino de lo que debe ser. Nos ayuda a descubrir actitudes que podemos incorporar a nuestro ser y quehacer profesional para mejorar y acercarnos a lo que debemos ser. Cada uno de nosotros debe elegir, de hecho nos vemos impelidos a elegir en el día a día, que valores queremos encarnar, y cuál es nuestro compromiso y el espacio que otorgamos a la compasión, la empatía, la cercanía, el respeto, la integridad, la justicia, la prudencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moratal LM. El impacto social de las series médicas. *J MedMov* 2012; 8: 87-8.
2. Padilla Castillo G, Semova D. Los juegos de las series favoritas de los universitarios madrileños. *Cuadernos de Información y Comunicación*. 2009;14:199-211. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CIYC/article/view/CIYC0909110199A/7225>
3. Dobson R. Can medical students learn empathy at the movies? *BMJ*. 2004; 329:1363.
4. Baños JE. ¿Cuál debe ser el grosor del escudo? La enseñanza de las sutilezas de la relación médico-paciente mediante obras literarias y películas comerciales? *RevMed Cine* 2007; 3: 159-165.
5. Ogando Díaz B, García Pérez C. De Aristóteles a Amenábar: ética narrativa, cine y medicina. *Aten Primaria* 2008; 40:469-72.
6. Marzábal I. El cine, ¿puede hacernos mejores... profesionales de la sanidad? (en el décimo aniversario de la Revista de Medicina y Cine). *Rev Med Cine* 2014; 10: 149-50.
7. Marzábal L. La compasión en el cine: entre sentimiento y virtud. *Rev Med Cine* 2008; 4: 47-57.
8. Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feíto L, Gracia D, Sánchez M. (Eds.). *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid, Triacastela, 2011, pp. 101-154.

¿SE PUEDE ENSEÑAR A SER UN BUEN PROFESIONAL?

Mabel Marijuan Angulo

Profesora de Bioética. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco, UPV/EHU. Bilbao

Si se puede enseñar a ser un buen profesional es una pregunta con sentido en una Mesa Redonda sobre la profesionalidad en tiempo de crisis. Las crisis conllevan poner en cuestión temas que parecían tan evidentes y definitivamente resueltos que no hacia falta interrogarse sobre ellos.

Partiremos de una premisa sencilla: nuestra especie ha requerido siempre de la enseñanza para su continuidad y nuestra profesión también.

Enseñanza, educación, formación, palabras que señalan etapas complementarias y graduales en la pedagogía. Términos que a veces se usan indistintamente pero que cuando los empleamos con propiedad, el lenguaje mismo refleja sus diferencias. La palabra enseñanza *in-signare* de *in* (en) *signare* (señalar hacia) que a su vez procede de *signum/sekwn* (señal), la palabra educación con dos posibles orígenes *exducere* (*ex* sacar de, hacer salir, *ducere* guiar o conducir) que puede traducirse como encaminar, dar medios para abrirse camino o de *educare* (alimentar, llenar, nutrir) y, por último, formación que remite a *formatio*, dar forma a alguna cosa, concitar un todo a partir de la integración de las partes.

Para llevar adelante esos procesos de enseñanza, educación y formación, la pedagogía, término tan entreverado como emparentado con la pediatría, ha utilizado siempre el conocimiento teórico, la experiencia práctica y las actitudes. Para transmitir y actuar de generación en generación desde el principio de nuestra breve historia.

Pues bien, es seguro que casi desde ese inicio de esta cósmicamente corta historia, los médicos han enseñado a los futuros médicos conocimientos teóricos, les han tutelado en sus experiencias prácticas y les han ayudado a conocerse y a forjar su carácter, sus actitudes. Desde luego, todo es mucho más complejo -y eficaz- hoy en día y por ello en la formación médica participan otros muchos saberes imprescindibles. Pero la profesionalidad, presente en el núcleo de la práctica médica constituyendo su bien primario, la enseñan las personas que ejercen la Medicina para sus fines. Esos fines no son otros que

la prevención de las enfermedades y lesiones, la promoción de la conservación de la salud, el alivio del dolor y del sufrimiento, la atención y el cuidado a los enfermos y los cuidados ante enfermedades incurables, la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila. Para llevarse a cabo, todos estos nítidos fines requieren de buenos profesionales en el pleno sentido del término.

Como expondrá la siguiente ponente, la profesionalidad no es sino el conjunto de virtudes, valores y compromisos de quien va a ejercer la Medicina. Pero su ponencia también señala que la pregunta sobre si se puede enseñar quizás tiene dos vertientes: una muy práctica, que cuestiona si es posible transmitir ese conjunto de valores y compromisos a otras personas, y otra ética, que plantea si debemos hacerlo cuando no es buena o se está deteriorando esa profesionalidad. Es voluntad de esta Mesa poner sobre el tablero términos y perspectivas que permitan analizarla.

Mi propuesta consiste en no centrarnos en cuestiones como la tradición, el ejemplo o los contenidos académicos, sino en cambiar de perspectiva y mirar a las personas que quieren aprender a ser médicos. Escuchar atentamente a las chicas y chicos, hombres y mujeres que se matriculan en el grado de Medicina, tras superar las pruebas objetivamente limitadas y hasta absurdas que, como en los viejos cuentos, les hemos impuesto tanto para atemperar el deseo y las expectativas como para demostrar su empeño y, quizás, su valía.

Para la primera faceta de la pregunta, si se puede enseñar técnicamente, me remitiré a los diferentes modelos de aprendizaje que son *“los rasgos cognitivos afectivos y fisiológicos, que sirven como indicadores relativamente estables, de cómo los discentes perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje”* (Keefe, 1988) y que han permitido ir conociendo qué tipo de alumnos y residentes tenemos en este sentido: de estilo activo, reflexivo, teórico y/o pragmático, especialmente estos dos últimos y que nos debería servir para orientar las formas de enseñanza de una manera más adecuada a ellos y con metodologías que mejoren sus conocimientos teóricos, experiencia práctica y actitudes. Metodologías cada vez más conocidas y perfeccionadas como la Medicina Basada en Evidencias o pruebas (MBE) que es un método de enseñanza-aprendizaje que permite al alumno evaluar objetivamente la validez de los conocimientos adquiridos y la experiencia obtenida de la práctica y compararlos con resultados de estudios científicos confiables, sistemáticamente elaborados y validados. La Medicina Basada en Competencias (MBC), definidas estas como el uso habitual y juicioso de la comunicación, habilidades, conocimiento, razonamiento clínico, valores y emociones que se observan en el ejercicio profesional cotidiano en beneficio de los pacientes y sus sociedades y el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) que consiste en la presentación de un caso o problema en una dinámica grupal en la discusión, análisis y generación de

preguntas que tendrán que responderse mediante la información bibliográfica, repitiendo la discusión con nuevas aportaciones hasta llegar a la conclusión o resolución del problema o, en su defecto, regresar a la información bibliográfica y a la discusión hasta resolver el problema. Además de los numerosos recursos didácticos y de las tecnologías de la información que es necesario conocer e incorporar a los procesos de formación de estudiantes y residentes.

Para la segunda faceta, la ética, utilizaré las respuestas de esos estudiantes: hemos preguntado a muchas de estas personas, durante varios años y de diferentes formas, cuáles son sus temores, cuáles las virtudes y valores que consideran imprescindibles y los problemas que perciben en el ejercicio profesional en los centros sanitarios. Sus respuestas dan forma a las necesidades que tienen para llegar a ejercer esta profesión con suficiente seguridad en sí mismas, en sus conocimientos, experiencia y actitudes. Desgranar lo que necesitan para ser buenos profesionales y nos interpelan desde una mirada expectante ante el futuro y ante su ya próxima profesionalidad.

Alrededor de sus respuestas se planteará mi aportación a la reflexión en esta Mesa ya que nos muestran que lo que necesitan es tan lógico y prudente que nos tiene que obligar a revertir esta situación en la que nos venimos dando razones para el desánimo, la mediocridad y el abandono. Con estas actitudes estamos poniendo en riesgo nuestra profesionalidad, pero es todavía más grave que podamos estar coartando la de los que nos acompañan y la de los que nos sucederán. La historia muestra que esto ya ha ocurrido y que es un síntoma de decadencia que afectará gravemente a nuestros hijos y nietos, mucho más que a nosotros, si no lo remediamos. ¿Tan desesperanzados estamos? ¿Tan faltos de ánimo y de voluntad? Pascal Bruckner decía, en su recomendable ensayo sobre *“La tentación de la inocencia”*, que nuestro comportamiento victimista no solo es infantil e indolente sino cruel porque además nos empeñamos en usurpar el lugar de las verdaderas víctimas.

BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.estilosdeaprendizaje.es/>
- Ledesma JM, Lafuente P e Hinojosa I. *Planificación y acogida del residente de pediatría en su rotación por atención Primaria*. Form Act Pediatr Aten Prim 2012;5(1):56-61.
- Juárez-Muñoz I. *et al. Estilos de aprendizaje en médicos residentes y sus profesores en un hospital de pediatría*. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2013; 51(6):614-9.
- Loría-Castellanos J. *et al. Estilos de aprendizaje de los médicos residentes de un hospital de segundo nivel*. Educación Médica Superior. 2007;21(3).

EL PROFESIONAL ACTUAL ¿SÓLIDO, LÍQUIDO O GASEOSO?

Carmen Martínez González.

Centro de Salud San Blas. Parla (Madrid)

Si preguntamos a un inexperto médico recién acabado o a un joven residente quien es un buen profesional, probablemente diría de forma genérica: es *“quien desempeña bien su trabajo”*. La misma pregunta realizada a un gestor, posiblemente daría lugar a una respuesta tecnoburócrata: buen profesional es *“quien cumple los objetivos de cartera de servicio”*. Sin embargo los pacientes seguramente contestarían, dando por supuesto la pericia técnica, que buen profesional es el *“médico empático, que escucha y es compasivo y amable”*. Pues bien, justamente estas, y no otras, fueron las contestaciones más frecuentes en Twitter, a la pregunta del profesor de gestión sanitaria de Harvard, Ashish JHA.: *“en una palabra, ¿que define al buen médico?”* Porque la profesionalidad es, en esencia, una actitud para desempeñar un rol profesional.

En este sentido, un objetivo de esta presentación es promover la reflexión y la autocrítica sobre como, asfixiados por la crisis y agobiados por múltiples presiones, encontramos razones para el desánimo que ponen en riesgo nuestra profesionalidad alejándonos de esta perspectiva.

El tema es pertinente dentro de una mesa promovida por el Comité de Bioética, porque hablar de profesionalidad es hablar de ética de nuestra profesión, retomando aspectos clásicos y adaptándolos a nuestros días. Es actualizar el debate iniciado en EE.UU en los años 80 que definió la profesionalidad como “conjunto de principios y compromisos adquiridos para mejorar los resultados en salud del paciente, maximizar su autonomía y crear relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo, compartiendo unos valores propios: altruismo, disciplina, eficiencia, compromiso, competencia profesional, docencia, honestidad, confidencialidad, empatía, comprensión, compasión etc.”¹. Implica pues, más allá del cumplimiento de los objetivos laborales establecidos (el *“ethos burocrático”* que configuraría al buen técnico), adquirir un *“ethos profesional”*, o carácter propio que promueva otro tipo de excelencia. Porque el buen profesional en medicina, no es el que cumple con las normas y objetivos de su empresa, ni siquiera el que es técnicamente un experto en su materia, sino el que tiene (además y sobre todo) un compromiso con las personas concretas, con los pacientes.

Sin embargo, en nuestra sociedad postmoderna, en la que todo es frágil, incierto y poco duradero, puede que los sólidos valores clásicos que caracterizan la profesionalidad se nos escapen de las manos como agua entre los dedos y, deslumbrados por el brillo de la ciencia y la tecnología, veamos solo enfermedades y no enfermos concretos con vidas concretas. En definitiva y siguiendo la metáfora de la modernidad líquida de Zygmunt Bauman², puede que la profesionalidad esté transformándose de sólida y estable, en líquida e inestable.

Algunos factores ayudan a explicarlo, aunque no justifiquen esta deriva:

- La progresiva **burocratización del trabajo**, que aporta rigidez por un lado y banalización del acto médico por otro, en muchas ocasiones convierte la relación clínica en la aplicación de un aséptico protocolo.
- Una siniestra relación inversa: mientras aumenta el poder de los gestores, disminuye la autoridad de los profesionales sanitarios. Una **autoridad** legítima y necesaria (del latín *augere*: aumentar, hacer crecer) para ejercer nuestra profesión, que es vista como **obsoleta**³ y cuestionada con facilidad por los pacientes y por cualquier persona que, hoy más que nunca, cree tener conocimientos de medicina. Algo que no ocurre con otras disciplinas.
- El paciente, que, convertido en cliente, tiende a ver al médico como un **autómata defensor de las políticas de contención y racionalización** del gasto, con el consiguiente enrarecimiento de la relación clínica.
- La creciente **industria farmacéutica** que tiende sus redes, sin que sepamos (o queramos) hacer autocrítica sobre cómo nos convertimos consciente o inconscientemente, en **comerciales de lujo** cuando difundimos información de sus productos, colaboramos como líderes de opinión en sus actividades de formación etc.
- La necesaria **tecnología** que se interpone metafórica y realmente (empezando por la pantalla del ordenador) entre el médico y el paciente, propiciando el distanciamiento.
- La complejidad creciente del acto médico influenciado por múltiples agente. Complejidad que tiene como consecuencia el aumento de **conflictos de intereses** no solo económicos, sino de lealtad: entre paciente-médico, médico-institución, sociedades científicas-profesionales etc. Sirva de ejemplo la cambiante política de vacunas que vivimos en los últimos tiempos, que nos obliga a diario a una auténtica mediación entre pacientes e instituciones sin sembrar gran desconfianza.
- El tremendo auge de las **superespecialidades hospitalarias**, que nos enfrenta a la fragmentación literal de la atención al paciente, dejándole muchas veces sin una cara visible, un pediatra responsable o interlocutor. No es una rareza, por ejemplo, que un excelente otorrinolaringólogo pediátrico no sepa valorar un soplo funcional, o que un niño discapacitado tenga que recorrer diversas consultas (no siempre justificadas), cuando requiere una revisión.

Así podríamos seguir con un larguísimo párrafo, describiendo el ineludiblemente complejo escenario en el que trabajamos aunque nada de ello justifique totalmente nuestra **propia y peculiar corrupción**: la falta de profesionalidad, **el abandono de los bienes internos o valores propios** de nuestra profesión, la renuncia a esa excelencia.

Siguiendo con la metáfora de la modernidad, el **profesional sólido**, además de ser competente técnicamente,

sería el que busca los bienes internos (los que dan sentido y legitimidad a nuestra profesión), el que construye los valores que cimientan la identidad moral de nuestra profesión. Valores que la sociedad reconoce y espera: honestidad, confidencialidad, empatía, comprensión, compasión, altruismo, veracidad, etc. El **profesional líquido**, postmoderno, sería el tecnoburócrata que cumple las normas legales y los protocolos vigentes; el que conoce la medicina basada en la evidencia y la medicina basada en los presupuestos y estadísticas, pero no habla de valores, no entiende de virtudes, ni quiere saber de medicina basada en la empatía.

Ojalá ningún profesional llegue al estado gaseoso. Aunque indudablemente, mantener la profesionalidad es un gran desafío en este momento en el que el sistema no sabe retener, valorar ni motivar a unos profesionales formados magníficamente e imprescindibles para mantener una sanidad pública de calidad⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. F. Borrell, Ronald M. Epstein y Pardell. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(9):337-42.
2. Zygmunt Bauman. *Modernidad líquida*. Fondo de cultura económica de España, 2002.
3. Pardiell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalidad hoy? *Educación Médica* 2003; 6(2): 63-80.
4. Martínez González C. El pulso de la crisis: entre la convicción y la responsabilidad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013; 15(57): 11-14.