



REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE LA REGIÓN DE MURCIA

SESIÓN INAUGURAL
DEL CURSO 2025

DISCURSO DOCTRINAL

SOBRE

*EL PROCESO ASISTENCIAL Y EL ACTO MÉDICO
FRENTE A LA ENCRUCIJADA*

POR EL

Iltmo. Sr. Dr. D. Ginés Madrid García

ACADÉMICO DE NÚMERO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE LA REGIÓN DE MURCIA

23 de enero de 2025

MURCIA



DISCURSO DOCTRINAL

LEÍDO EN LA SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO 2025
DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE LA REGIÓN DE MURCIA, SOBRE

‘EL PROCESO ASISTENCIAL Y EL ACTO MÉDICO FRENTE A LA ENCRUCIJADA’

POR EL

ILMO. SR. D. GINÉS MADRID GARCÍA
ACADÉMICO DE NÚMERO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE LA REGIÓN DE MURCIA

Edita:



*Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia*

Realización y producción:

Juana Alegría (juanalegriagarcia@gmail.com)

Depósito Legal:

MU 2025

“El conocimiento del enfermo no se obtiene por una suma de datos recogidos por el clínico y el analista.

El conocimiento del enfermo depende, siempre, de un proceso inteligente y cordial, en el que el médico ha de ponerse en contacto profundo con el enfermo, hasta llegar al fondo de su personalidad, normal o patológica”

Gregorio Marañón
“La Medicina y los Médicos”

EL PROCESO ASISTENCIAL Y EL ACTO MÉDICO FRENTE A LA ENCRUCIJADA

“No hay ningún viento favorable para quien no sabe hacia dónde va”

La Iliada

Introducción y justificación

Al recibir el encargo de nuestra Junta de Gobierno para cumplir con la responsabilidad de dirigirme a todos Vds. en este Solemne Acto de Apertura de Actividades de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia para el año 2025, me pareció oportuno hacerlo a modo de reflexión sobre el futuro del Proceso Asistencial, con especial atención hacia la profesión médica y más concretamente, a la relación médico-enfermo.

A esta reflexión que propongo, quiero añadirle, además, un consciente y meditado cariz de respetuosa provocación, siempre, naturalmente, en el sentido más noble del término; *estimular a la acción*. Y creo firmemente que es necesario hacerlo ahora, más que nunca, ya que el avance y la globalización del conocimiento, así como los cambios sociales a los que estamos asistiendo, nos dirigen hacia un nuevo e incierto paradigma en el ejercicio de la medicina. Si a

todo lo anterior añadimos las características de nuestra sociedad actual en las que el ruido se apodera y oculta la realidad, estaremos de acuerdo en que resulta imprescindible una reflexión serena que, dicho sea de paso, deberíamos liderar los profesionales. La reflexión modula la respuesta, y una respuesta sin reflexión genera un impacto incontrolado, insistía en ello el filósofo Marina, en su libro *El Deseo Interminable*, cuando afirmaba que, “*si entre el estímulo y la reacción no establecemos un periodo de reflexión, seguiremos siendo monos acelerados*”.

He asistido con auténtica fascinación al desarrollo de la Medicina a lo largo de los últimos 50 años, durante los cuales se han producido algunos de los avances más espectaculares para nuestro ejercicio profesional, pero he de confesarles que mi estado de ánimo ha ido atemperándose, a lo largo de los últimos tiempos, con cierto grado de inquietud, sobre nuestro futuro y de incertidumbre hacia esa encrucijada a la que estamos enfrentados. Aunque, bien es cierto, no es la primera ocasión en la que la Medicina en General y el Proceso Asistencial en particular, se han encontrado con retos de diferente envergadura y, con mayor o menor esfuerzo y fortuna, nuestra profesión ha salido bien parada incluso, en muchos casos, fortalecida.

La palabra “**encrucijada**” es un término polisémico, que procede del latín y que corresponde a la unión del prefijo “**en**”, que puede traducirse como “enfrente” y del sustantivo “**crux-crucis**”, que es sinónimo de “cruz”.

En suma, define la zona en donde se cruzan dos o más caminos y, por extensión, el lugar en el que confluyen varias cosas. El concepto de encrucijada también puede emplearse de manera simbólica para aludir a una situación compleja que deja a un individuo en un estado de confusión o duda, sin saber qué decisión tomar o qué acción llevar a cabo ante la dificultad o el dilema que se le presenta. Las encrucijadas frente a la vida suelen ir acompañadas de un importante componente emocional en el que los pensamientos van en una dirección y en la opuesta corren las emociones.

Para el pueblo griego, los caminos y las encrucijadas, en el amplio sentido del término, estaban protegidos por el dios Hermes; era el dios de los viajeros y las fronteras, tanto físicas como del conocimiento, cuya función era velar y servir de guía.

También, y ya en dimensión teológica, la Biblia lanza su propio mensaje sobre el término y nos traslada al texto divino: *“Paraos en las encrucijadas y mirad; preguntad por las sendas antiguas e indagad cuál es el buen camino”*–

En el siglo pasado hubo una aportación artística universal al sentido del término, el mítico cuadro *“El hombre en la encrucijada”*, que surge de un encargo que el Centro Rockefeller de Nueva York hizo, en el año 1933, al gran muralista azteca Diego Rivera. Esta obra monumental no era simplemente una pintura; representaba una narrativa tejida con clara intencionalidad política en la que el artista quería enfatizar sobre la encrucijada a la que estaba sometida la humanidad, y cuyo mensaje central reflejaba la incertidumbre, pero a su vez la esperanza, con una visión amplia que condujera a un nuevo y mejor futuro.

Pero también, como preámbulo, me parece conveniente compartir el significado que personalmente atribuyo al concepto de Proceso Asistencial y sus matices. *“Se trata de un escenario, ya sea real o virtual, en el que interactúan diferentes profesionales, aportando conocimientos, habilidades y valores, para el manejo multidisciplinar de patologías complejas y prevalentes, todo ello, con lealtad, sin ningún tipo de subordinación y pensando sobre todo en el fin antes que en los medios. Y todo ello, con el objetivo último de curar cuando se pueda, paliar casi siempre y consolar siempre, conforme nos anima el mensaje de la Fundación Hasting”*.

El acto médico y la relación médico-paciente

Y por supuesto, tratando de centrar la reflexión a la que aludía al comienzo de esta intervención, creo conveniente abundar sobre el sentido del acto médico y la relación médico-paciente en el contexto del actual Proceso Asistencial.

El acto médico ha sido siempre la línea argumental de los profesionales sanitarios, tenía, como las buenas películas, muy pocos actores y se basaba en una relación interpersonal en la que los problemas, en buena medida, se resolvían con las tres preguntas clásicas (qué le pasa, desde cuándo y a qué lo atribuye) y con muy escaso apoyo tecnológico.

Y todo ello, bajo el mandato hipocrático: *“Guardaré el máximo respeto a la vida y dignidad humanas. No practicaré, colaboraré, ni participaré en acto o maniobra alguna que atente a los dictados de mi conciencia”*.

Sobre estas bases se establecieron los principios clásicos de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por la autonomía del paciente.

Pero la relación médico-paciente, es mucho más. Es, sobre todo, un modo de relación humana que probablemente comenzó a practicarse desde los orígenes de la humanidad en respuesta a nuestra vulnerabilidad. Encontramos en ella, de una parte, el rol de la persona enferma que no puede curarse por sí misma y, de otra, el del sanador en cualquiera de sus modalidades, mágica, religiosa o científica:

El filósofo y antropólogo Antonio Piñas en un delicioso ensayo sobre *“La curación y el cuidado mediante la palabra a lo largo de la historia”*, analiza la vulnerabilidad como fundamento de la relación médico-paciente, introduciendo un matiz interesante y nos adelanta: *“el ser humano es un ser vulnerable y relacional, lo que abre la posibilidad a la existencia de relaciones de ayuda, entre las que se encuentra la relación médico-paciente. En ella, añade, hay que tener en cuenta las vulnerabilidades que entran en juego: por supuesto la del paciente, pero también la vulnerabilidad del propio médico. Y concluye que la relación de ayuda médico-paciente es, en definitiva, un encuentro entre sujetos vulnerables”*.

El hombre enfermo, en cualquiera de sus dimensiones, puede experimentar su deseo de querer curarse, aunque generalmente no puede hacerlo por sí mismo. Es su vulnerabilidad cognitiva, en este caso, la que le pone en situación de buscar al que sabe y puede curarle.

No obstante, añade Piñas, y aquí creo que reside su mayor aportación, *“el sanador es también, a su vez, un sujeto vulnerable, tanto por su naturaleza humana como en su realidad personal y, consecuentemente, en su rol profesional”*. Claro que el médico sabe, por supuesto, pero no lo sabe todo; puede curar, prevenir, paliar, pero no lo puede todo. Su saber y su poder son limitados hasta en el caso del profesional mejor formado. Incluso, cabe la posibilidad de que, aun sabiendo y pudiendo curar, podría encontrarse frente a un paciente que no quiere curarse, o al menos que no quiere curarse conforme al conocimiento médico imperante.

Y una vez planteados los términos de referencia acerca de dónde venimos, creo que estamos en situación de abordar la siguiente cuestión: ***¿Dónde nos encontramos en este momento?***

Donde estamos

Estamos inmersos en un entorno cada vez más exigente: revolución tecnológica, mercados amplios y muy cualificados, búsqueda de la excelencia e imperativo de la eficiencia. Este nuevo escenario, está marcando un proceso de cambio irreversible tanto en las organizaciones como en sus profesionales, que nos obliga a una flexibilidad organizativa y de actuación diferentes a las que conocemos, para convertir el conocimiento en servicios útiles para el ciudadano y que, además, nos dirige hacia un horizonte en el que lo único permanente será la *renovación* y el *cambio*. -

Y la realidad es que en muy pocos años el proceso asistencial y por ende el acto médico, han ido evolucionando en complejidad, fundamentalmente como consecuencia de los cambios tecnológicos y de la globalización del conocimiento y, por supuesto por una clara y creciente presión social.

Hemos pasado pues de una relación interpersonal, basada en la confianza, la sinceridad y la empatía y un conocimiento clínico generalista que nos permitía ver al paciente como un todo, a otro escenario, completamente diferente, en donde la eclosión de la tecnología ha ido pareja, seguramente por inducción, con una pérdida preocupante de habilidades clínicas, sobre todo, llamativa en las nuevas generaciones. -

Los avances tecnológicos, actuales y futuros, que incluso aceleran el envejecimiento de lo nuevo, están influyendo en la relación médico-enfermo, y deberíamos identificar si lo hacen acompañados de nuevas barreras a la comunicación interpersonal y como, si fuese necesario, las deberíamos superar o incluso, en determinados casos eliminar. ***¿Cambiará la relación médico-paciente en un futuro próximo?***, sin duda alguna, si bien, deberíamos tener claro que es responsabilidad de todos preservar su esencia.

Sin embargo, a lo largo de los últimos años han ido apareciendo algunas alarmas que, lejos de disiparse, se están consolidando y extendiéndose y que

señalan cierta tendencia al deterioro en la forma como nos relacionamos con nuestros enfermos. No hablo solo de impresiones, también en algunos casos, de datos preocupantes.

Incluso, en nuestro entorno más cercano, han llamado la atención sobre esta circunstancia algunos referentes morales de la filosofía y del pensamiento, entre ellos el maestro Diego Gracia que, en su magnífico libro *“Como arqueros al blanco”*, señalaba: *“Sorprende el llamativo y creciente rechazo e incomodidad hacia el ser doliente, así como la pereza a movernos y a pensar. El reto es reaprender nuestra profesión, donde términos como compasión, empatía y cordialidad recobren su sentido clásico”*.

Pero las soluciones frente a esta encrucijada no pueden ser afrontadas solo por uno de los agentes implicados, sea el caso del médico, sino que hay que atender a todos los condicionantes, ya sean políticos, económicos o sociales que influyen de manera determinante en la actividad sanitaria. Se trata pues de un reto colectivo

Por tanto, aunque mi propósito es centrarme en el papel decisivo que tenemos los profesionales, no dejaré de citar, si bien brevemente, al resto de los agentes, ya que creo que, en ellos, residen también parte de las soluciones que buscamos frente a la situación actual.

El proceso asistencial se sustenta sobre cinco pilares fundamentales, Organizaciones, Tecnología, Administraciones, Ciudadanos y Profesionales, entre los cuales, si bien hay un objetivo común, las relaciones están llenas de conflictos. Pero no deberíamos alarmarnos; los conflictos son consecuencia de nuestro tiempo y no solo no van a desaparecer, sino que se van a transformar para dar paso a otros nuevos. Si acaso, deberíamos estar entrenados para transformar los conflictos competitivos en conflictos cooperativos. -

Organizaciones

Abordaré, en primer lugar, el papel de las Organizaciones:

Es evidente que nuestras Organizaciones sanitarias han evolucionado y han cambiado muchas cosas, pero no tanto la forma de hacerlas. Partimos de unas estructuras muy verticales y, por tanto, poco flexibles, con profesionales

muy acostumbrados al individualismo y con poca experiencia en el trabajo en equipo. El conocimiento se ha permeabilizado y ya no es patrimonio exclusivo de nadie y, por tanto, hemos de aprender a convivir y trabajar en armonía con otros profesionales que irán apareciendo en el ecosistema asistencial.

El liderazgo, como motor de las Organizaciones, tendrá que ejercerse cada vez más cerca de la base de la organización y deberá tener en cuenta, para ser efectivo, razones, valores y emociones. -

Habremos de cambiar nuestra forma convencional de gestionar el conocimiento, sin duda, el mejor atributo de una Organización sanitaria, y que debemos entenderlo como la capacidad de los profesionales para resolver problemas. La gestión del conocimiento implica su identificación, explotación y mantenimiento, teniendo siempre en cuenta que las innovaciones, relacionadas con la organización y la asignación de tareas, tendrán que basarse en la idea de que la capacidad resolutoria es la cualidad que aporta más eficiencia clínica y organizativa.

Tecnología

En cuanto a la tecnología y con mirada retrospectiva y crítica deberíamos aceptar que quizás no hemos sabido gestionar adecuadamente nuestra alianza estratégica con la tecnología, incluso me atrevería a decir que, en determinados aspectos, hemos salido perdiendo los profesionales ya que en ocasiones nos está restado protagonismo en el contexto del acto médico. Los avances tecnológicos ejercen un efecto mágico sobre la expectativa de los ciudadanos, hasta el punto, que empiezan a pensar que un acto médico de calidad ha de ir necesariamente acompañado de las pruebas más avanzadas. O lo que es lo mismo, la confianza se va desplazando del profesional hacia la prueba. Un reto fundamental será recuperar el protagonismo y, sobre todo la citada confianza.

Además, el uso de la tecnología habrá de estar, cada vez más, modulado por la evidencia científica. Solo es necesario revisar los datos oficiales de variabilidad clínica en nuestro país, para comprobar que nos queda camino por recorrer. La evaluación de tecnología sanitaria es una asignatura pendiente en nuestro Sistema Nacional de Salud, a diferencia de lo que sucede en la

mayoría de países de nuestro entorno, y no es un asunto de fácil solución por varias causas; en primer lugar, porque la evolución tecnológica es permanente, vertiginosa en ocasiones y con escasa perspectiva de tiempo para su adecuada evaluación; pero también, por los intereses comerciales que la rodean y que estimulan e inducen hacia una utilización, en muchas ocasiones, inapropiada.

Administraciones

Respecto de las Administraciones, a las que cabe la responsabilidad de la planificación, financiación, protección y amparo del proceso asistencial, habrán de sufrir también cambios sustanciales, incluso arriesgados, en beneficio del propio proceso.

Quizás el primero, porque es el que más sufrimos desde nuestros puestos de responsabilidad es la política de personal. O bien los preceptos que rigen en la mayoría de nuestras instituciones se hacen más flexibles y operativos o, por el contrario, el moderno proceso asistencial no dejará de ser, en buena medida, una entelequia.

El continuo asistencial sigue sin resolverse después de años de controversia y de iniciativas en muchos casos estériles. La fractura entre atención primaria, atención hospitalaria y nivel sociosanitario sigue siendo una realidad evidente, que solo se ha visto parcialmente soslayada por iniciativas personales o grupales. La gestión territorial, la financiación capitativa, y otras fórmulas, deberían dar solución a un problema que se presenta como un auténtico desafío. Y, por supuesto, y aun conociendo la complejidad del asunto, resulta inaplazable poner en marcha mecanismos para medir los resultados en salud o, de lo contrario, seguiremos trabajando, en buena medida, a ciegas.

Las administraciones habrán de profundizar aún más en la cultura de la gestión del riesgo y en programas avanzados de comunicación, de manera que se desarrollen entornos en los que la seguridad, la información y el confort de los pacientes sea un valor prioritario. Y esto es todavía más necesario en el caso de los procesos en los que interaccionan profesionales con diferente formación y perspectivas.

Resulta obligado insistir en la necesidad de una mayor atención hacia el cliente interno. Los profesionales son el mejor atributo de una organización del conocimiento. Hay que cuidarlos, en todas las acepciones del término, bien sea con mayor estabilidad laboral, incentivos económicos, seguridad en su entorno, medidas de conciliación, reconocimiento a su labor, etc., como la mejor alternativa para neutralizar la desafección creciente. Pero, además, hay que escucharlos; nunca deberíamos olvidar que las ideas más innovadoras de una institución sanitaria, nacen, precisamente, en la base de la organización.

Y quiero resaltar, también, la importancia que debería tener para nuestro Sistema de Salud la apertura de los centros sanitarios al ciudadano, incardinada en el papel pedagógico del hospital, así como el estímulo de la responsabilidad social corporativa de nuestra Organización.

Ciudadanos

En cuanto a los ciudadanos, una vez que seamos capaces de digerir definitivamente que el paternalismo pertenece al pasado, nuestras relaciones serán sin duda mucho más fluidas. Así se ha venido comprobando en otras latitudes en donde el principio de autonomía y de respeto mutuo ha sido el hilo conductor de las relaciones médico-paciente desde hace décadas.

Además de una elevada competencia técnica, las cualidades que los ciudadanos esperan hallar en los profesionales sanitarios son de tipo relacional y de actitud. Por tanto, habremos de insistir, aún más si cabe, en proporcionar una información adecuada, clara, concisa y transparente; dar consejo y soporte, respetar el punto de vista y aceptar que pueden producirse situaciones adversas; todo ello debería ser ingrediente fundamental en la relación médico-paciente, de manera que el paciente bien informado nunca sea una amenaza, sino al contrario, una oportunidad. -

El día, seguramente no muy lejano, en que el ciudadano esté incorporado en los órganos de representación de nuestros Centros, habremos ganado un excelente aliado.

Pero los ciudadanos no deberían olvidar que también tienen un papel muy relevante en el buen funcionamiento del proceso asistencial en general y en

la relación médico-paciente en particular, cual es, cuidar y utilizar adecuadamente los recursos asistenciales. La pensadora Adela Cortina insiste en que *“al hablar del Estado del Bienestar se confunden, con frecuencia, la protección de los derechos básicos con la satisfacción de los deseos infinitos”*.

Profesionales

Pero ante todo y para enfrentarnos a esa encrucijada que he venido describiendo, creo en el papel decisivo de los profesionales. Partimos de una realidad incontestable; nunca como hasta ahora había existido tanto conocimiento. Por un lado, tenemos profesionales excelentes bajo el punto de vista técnico, pero, a la vez, se encuentran atrapados, entre la prestación de servicios que espera la sociedad y los estándares de práctica clínica y eficiencia que exige la organización sanitaria. Este conflicto genera ansiedad y frustración y nos conduce hacia a una situación de desmotivación y, en ocasiones de hastío, causada por la falta de reconocimiento y de otros incentivos positivos. No conviene olvidar que la tarea asistencial diaria y continuada, además de una indudable componente vocacional, está sujeta en muchas ocasiones a actividades rutinarias y escasamente motivadoras.

La primera llamada de atención con reconocido impacto sobre este asunto, se produjo en el año 2006, cuando la prestigiosa Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña, publicó en el n° 39 de su Revista un editorial en el que hacía referencia al aclamado libro de James Le Fanu *“The rise and fall of modern medicine (Auge y caída de la medicina moderna)”*, publicado en el año 2000 y que supuso un éxito editorial sin precedentes en el campo de la divulgación médica, además de recibir numerosos reconocimientos internacionales. En esencia, el autor describía los cambios acontecidos en la profesión médica a lo largo de los últimos 50 años.

Le Fanu, es médico, columnista e historiador de la ciencia y de la medicina y ha combinado, durante más de 20 años, su práctica médica en el Royal London y en el St Mary’s Hospital, con la colaboración en diarios y revistas como The Times, The Telegraph, The British Medical Journal y otros. Actualmente es miembro del Royal College of Physicians

En su libro analiza los datos obtenidos por el Real Instituto de Estudios Políticos de Londres, que demostraron la creciente proporción de médicos desmotivados y que se arrepentían de la profesión que eligieron en su momento. La Medicina, nos recuerda Le Fanu, como *“toda actividad humana, está sujeta a recompensas, motivaciones e incentivos que contribuyen al hecho de que uno se pueda sentir satisfecho con su trabajo. Podría parecer entonces, continúa, que estos no existieran ya que a pesar de sus limitaciones su ejercicio tendría que ser bastante gratificante: curar, paliar y consolar.*

Pero, añade, *“no es así hoy en día, cuando una parte llamativa de profesionales, especialmente los que se dedican a la atención directa de las personas enfermas, al ser preguntados responden que, de poder, habrían escogido otro oficio. Y lo que es más llamativo, esta proporción de desencantados no hace más que aumentar año tras año”.*

¿Qué ha sucedido?, se pregunta el autor, para explicar por qué los médicos jóvenes de hoy están mucho menos satisfechos que los que se graduaron hace treinta o más años.

Vivimos una época en la que se simplifican los problemas de la medicina actual y, con frecuencia, se atribuyen casi exclusivamente a la falta de médicos. ¿Realmente faltan médicos, o lo que falta es tiempo médico? ¿O quizás, suceden ambas cosas? España tiene una proporción de médicos por 100.000 habitantes, por encima de la media europea. ¿Faltan por tanto médicos, conforme escuchamos sin cesar? Los expertos en planificación sanitaria y salud pública opinan que el problema es multifactorial, pero que no hay que olvidar que, en alguna medida, reside en la irregular distribución de los profesionales y, sobre todo, en el tiempo que dedican a actividades con escaso valor. Por supuesto, sin restar importancia a la escasez de médicos en determinados lugares y circunstancias. El último informe SESPAS, de abril del 2024, en el que han colaborado también organizaciones profesionales, es muy claro respecto a este asunto: *“más de lo mismo, no es la solución; el objetivo debe ser cambiar la forma de hacer las cosas”.*

Una parte de las tareas diarias de un médico, en la mayoría de especialidades, son rutinarias, repetitivas y, seguramente, poco motivadoras. Quizás tendremos que ir aprendiendo a limitar actividades con escaso valor y

a delegarlas, con el adecuado control, en otros profesionales debidamente preparados, en el seno de los actuales equipos multidisciplinares. Tenemos soluciones y experiencias de éxito en nuestro entorno europeo y también en nuestro país.

El caso es que a los médicos nos cuesta mucho apearnos de nuestros hábitos convencionales y no abandonamos fácilmente lo que siempre hemos venido haciendo, incluso las tareas con escaso valor, pero, a la vez y paradójicamente, recurrimos a la tecnología más avanzada. Podría decirse pues, que tenemos cierta tendencia a abrazar lo nuevo a la vez que acumulamos lo antiguo. Asimismo, llama la atención, cómo un colectivo tan ferviente con la innovación médica y tecnológica sea tan reticente con los cambios organizativos. -

En el año 2014, la Universidad Politécnica de Cartagena y la Universidad de Toronto en Canadá llevaron a cabo una investigación, galardonada internacionalmente y que los autores acuñaron como el ***Síndrome de Diógenes de las Organizaciones***. El trabajo consistía en poner de manifiesto cómo las organizaciones, también las sanitarias, tienden hacia una acumulación de información, recursos y hábitos inútiles que deberían ser eliminados o, como los investigadores denominan, ***desaprendidos***.

Y es que, sin duda, la magnitud del problema en este sentido es muy llamativa. Este fenómeno, para el que se han utilizado diferentes denominaciones en Europa: *provisión de cuidados de dudoso valor o actividades de bajo rendimiento*, es un asunto altamente prevalente. En nuestro medio y desde la Escuela Nacional de Salud, se ha acuñado y difundido el concepto de ***“desinversión tecnológica”*** que, al margen de lo poco afortunado del término, apela, lisa y llanamente a la necesidad de ir abandonando actividades y procedimientos convencionales de escaso o nulo valor, a la vez que vayamos aplicando nuevos avances. Deberíamos ser conscientes del impacto económico de nuestras decisiones y del equilibrio entre las necesidades reales del paciente y el adecuado y eficiente uso de los recursos: que no es otra cosa que aplicar el principio de justicia. Conviene insistir, una vez más, que *“sostenibilidad sin valores no tiene recorrido alguno, pero valores sin sostenibilidad tampoco”*.

Recientemente, la Fundación Open Mind ha publicado una excelente monografía ***“La era de la perplejidad: repensar el mundo que conocíamos”*** en la que analiza cómo la revolución tecnológica y la globalización han abierto un nuevo paradigma que nos conduce ante los cambios profundos que ya están afectando a nuestro presente y a nuestro futuro, cuestionados por máquinas cada vez más inteligentes y generando autentica perplejidad. Será imprescindible repensar el mundo que conocíamos y los efectos que estos cambios irán provocando en los profesionales sanitarios y en sus formas de trabajar. Pero, sobre todo, tendremos que aprender a gestionar adecuadamente la tecnología y, por supuesto, nuestro encandilamiento por ella, encontrando un equilibrio razonable.

Hemos de aceptar que estamos a las puertas de una nueva etapa para la que no estamos suficientemente preparados, llamada por algunos como ***la era de los datos*** y que, por tanto, nos generará incertidumbre. Aún a pesar de ello, cuando dispongamos de herramientas para interpretarlos, *“tendremos también respuestas para saber qué le ha pasado a nuestro paciente, por qué le ha pasado, qué le va a pasar y, además, qué va a necesitar”*.

Hace unas semanas, Demis Hassabis, horas después de recibir el Nobel de Química de este año por la aplicación de la Inteligencia artificial al diseño de proteínas, declaraba, *“La inteligencia artificial es quizás la tecnología más poderosa que ha tenido la humanidad, y con respecto a su uso, me defino como optimista cauto, y añadía, tiene un enorme potencial para aplicaciones beneficiosas, pero también para hacer mucho daño. Necesitaremos estar preparados para afrontar sus riesgos y para valorar que tareas queremos seguir encomendando a nuestro cerebro”*.

Y en este mismo sentido, el veterano e influyente Instituto ECRI de EEUU, que publica anualmente la relación de nuevas tecnologías para la salud cuya utilización podría generar efectos adversos, coloca en primer lugar, en su listado correspondiente al año 2025, las aplicaciones médicas de la IA generativa.

Como podemos ver, *se nos presenta un reto difícil y si no somos capaces de resistir este desafío y adaptarnos a esta nueva realidad, podríamos caer en la trampa de la nostalgia, con todo lo que ello significa*.

Visión de futuro y algunas recomendaciones

Desde mi atalaya personal y mi modesta experiencia profesional, quiero aventurar un análisis prospectivo de la situación y, también, proponer algunas recomendaciones.

Los expertos en sociología, salud pública y bioética, vienen insistiendo en que actualmente existe un asunto crítico y de difícil solución, pero a la vez imprescindible si queremos progresar hacia un futuro profesional mejor. Montse Esquerda, directora del Instituto de Bioética de Cataluña nos recuerda que *“Actualmente, hay un desajuste grave entre el **contrato social implícito**, es decir, lo que la sociedad y las personas esperan de nosotros como profesionales sanitarios, y el **contrato social explícito**, entendido como las condiciones contractuales, laborales y de ejercicio profesional”*. Su conclusión es tan clara como demoledora: *“Si no conseguimos ajustar ambos contratos, no habrá futuro para el profesionalismo médico”*.

El perfil del profesional del futuro precisará de nuevos requerimientos, cuales son: adquirir, ahora más que nunca, el compromiso con la actualización permanente para conseguir la excelencia; tomar mayor conciencia de la repercusión de las decisiones, en relación con la distribución y el uso de los recursos y, todo ello, sin descuidar el aprendizaje de aquellas materias que nos ayudarán a desenvolvernos en un futuro cercano, como la medicina de datos y otras tecnologías disruptivas imprescindibles para la práctica de la medicina personalizada. -

Y ¿cómo podríamos contribuir a este necesario cambio, desde nuestra perspectiva profesional? ¿En qué ámbitos y actividades tenemos posibilidad, capacidad y conocimiento, pero sobre todo autonomía, para hacerlo con garantía? Sin duda, uno de los más importantes será en la formación de los futuros profesionales, en cualquiera de sus estadios.

Ya, desde una perspectiva lo más temprana posible, contribuyendo a mejorar su formación integral, tanto en el periodo pregrado como en el postgrado. En el pregrado, despertando en los alumnos los valores y sentimientos propios de la profesión médica, que, como bien nos recuerda el inolvidable D. Ramón Bayés en su obra “El reloj emocional”, *“los que sufren no son los cuerpos; son*

las personas; los profesionales sanitarios y los médicos de forma muy especial, convendría que nunca lo olvidasen". Además, potenciando las habilidades en comunicación, en las diferentes etapas del proceso asistencial. Téngase en cuenta que los futuros médicos, procederán, en buena medida, de la generación digital, con los consiguientes déficits relacionales que ello implica.

Asimismo, podríamos avanzar generalizando la utilización de herramientas formativas de realidad extendida y, sobre todo, el aprendizaje en técnicas de **deliberación ética**. El filósofo Santiago Eguidazu lo pone de manifiesto en su obra "Apología de lo inútil", cuando afirma que *"los valores no nacen ni mueren; no son realidades objetivas ni existen exclusivamente en nuestras mentes; los valores se construyen por medio de procesos de deliberación, bien individuales, esto es, de uno consigo mismo, o colectivos de uno con otros o, incluso, de todos con todos"* y concluye, y esto es lo más relevante, que *"la deliberación para los médicos será un ejercicio intelectual imprescindible"*.

La **Declaración de Bolonia** de 1999 dejó claro que la formación en profesionalismo y competencias transversales resultan fundamentales para cualquier graduado, sea cual sea el campo de su futuro desempeño. A pesar de ello, su presencia es solo testimonial en muchos programas de grado. El Foro de la Profesión Médica en Cataluña concluía, en uno de sus últimos informes, que casi tres lustros después de la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior, el grado de Medicina, suspende en la formación a los estudiantes en profesionalismo médico y competencias transversales.

Tampoco deberíamos olvidar la necesidad de transmitir a los estudiantes los valores del trabajo en equipo, que se van a encontrar en su futuro profesional. Conceptos como **One Health** deberían formar parte indisoluble de la formación integral, para renovar nuestra visión actual de la salud, reconociendo, la interdependencia de las tres realidades, humana, animal y ambiental, como mecanismo para entender de una forma más ajustada los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Y todo lo anterior como preludeo y entrenamiento para la formación postgrado en Centros de Salud y Hospitales, en donde, sobre todo, deberíamos cuidar con especial atención nuestra mejor herramienta docente, el **currículo oculto**, o lo que es lo mismo, todo aquello que con nuestra ejemplaridad

transmitimos a los jóvenes en formación. No olvidemos que, como pregonaba Einstein, *“La palabra conmueve, pero el ejemplo arrastra”*, y es cierto, la elocuencia puede seducir, pero el testimonio de los hechos convence de manera contundente y definitiva.

Elisabeth Kübler-Ross, referente internacional en cuidados paliativos que describió las célebres 5 etapas del duelo, nos advertía: *“Si fuéramos capaces de transmitir a nuestros estudiantes el arte y la ciencia de las relaciones interhumanas y del cuidado integral del paciente, al mismo tiempo que el valor de la ciencia y de la tecnología, habríamos alcanzado el verdadero progreso”*.

Pero no deberíamos olvidar que las obligaciones del profesionalismo éticamente comprometido y socialmente responsable se extienden mucho más allá de un simple encuentro asistencial.

Además de todo lo anterior, convendría que tratásemos de atenuar una de las debilidades de nuestro sistema formativo actual y es que formamos profesionales con un alto nivel de especialización y descuidamos en muchas ocasiones los aspectos generalistas de la propia especialidad. Esto contribuye, además de otras circunstancias, a que tengamos serias dificultades para que los médicos jóvenes quieran prestar sus servicios en centros con escasa complejidad técnica, en donde abunda la actividad más rutinaria.

Y quiero dedicar los últimos minutos de mi intervención a reflexionar acerca de la *“delegación de funciones”*, asunto que los expertos en innovación en servicios de salud consideran relevante, con el objetivo de liberar tiempo médico en nuestra actividad asistencial diaria.

Antes de expresar mi opinión sobre este asunto, me van a permitir una referencia a un Trabajo fin de Master de la Universidad de Granada, que tuve el placer y, sobre todo, la fortuna de leer hace poco tiempo. Se titula *“Las Limitaciones del Límite; lo ecuánime enfrentado al dogmatismo de lo idóneo”* y, en uno de sus capítulos, su autor José Eiras hace referencia a la *zona gris de los asuntos de la vida*, concluyendo que: *“Cuando dos situaciones u opiniones distintas se enfrentan dan como resultado una frontera o línea de separación determinada, solo definible con una gran carga de dogmatismo, radicalidad o arbitrariedad por parte de quien pretende establecerla de forma inequívoca”*.

Aclarada queda pues, con esta oportuna cita, la ausencia total de intencionalidad por mi parte de establecer frontera o arbitrariedad alguna sobre un asunto que soy consciente que genera opiniones e inquietudes de diferente índole.

Como avanzaba al comienzo, la simple observación de las actuaciones médicas en el día a día, pone de manifiesto que un porcentaje llamativo de ellas corresponde a lo que habitualmente entendemos como actividades rutinarias y en no pocas ocasiones, con escaso valor. Aquí se podrían incluir tareas que poco tienen que ver con lo que, en esencia, deberíamos considerar un acto médico genuino, como labores informativas redundantes, procedimientos administrativos repetitivos y un largo etc. de ocupaciones que asumen los profesionales en detrimento de su valioso tiempo.

Con el paso de los años hemos **venido asistido** con razonable normalidad a que determinadas actuaciones que clásicamente eran competencia exclusiva del médico, bien por formación, bien por tradición, se hayan delegado en otros profesionales sanitarios, componentes del mismo equipo de trabajo, con disposición y formación técnica contrastada. El tiempo ha venido demostrando el impacto positivo de la medida.

Trabajar en equipo, compartiendo actividades, es un nuevo paradigma organizativo que adquiere, en el momento actual, una especial atención, sobre todo, en sectores del conocimiento como son las organizaciones sanitarias.

Pero el fenómeno de la delegación de funciones no es nuevo. Ya en el año 70 del pasado siglo, la Asociación Médica de EEUU implantó, tras un largo periodo de debate, lo que en aquel momento se denominó el *Ayudante de Medicina*, refiriéndose con ello al personal técnico capacitado por su formación académica y practica para prestar servicios a los enfermos bajo la supervisión de un médico.—

Delegar no significa perder, muy al contrario, sus sinónimos más cercanos son *encargar* y *autorizar*. Delegar es, en suma, establecer alianzas profesionales, con beneficio para todos. Y lo podríamos hacer de una forma organizada y siempre dentro de nuestro propio escenario, con quienes compartimos el día a día o, de lo contrario, quizás nos veamos obligados a abandonar determi-

nadas actividades en condiciones inapropiadas, para asumir otras nuevas en las que podamos aportar mayor valor. No se debería delegar por decreto, ni tampoco hacerlo con cualquier actividad ni a cualquier precio. Debería depender siempre de variables como el lugar, las circunstancias, la oportunidad, las necesidades, el tipo de organización etc. y obedecer a un proceso presidido por la confianza, la generosidad y el sosiego. Miremos a nuestro alrededor y veremos en cualquier sitio y en cualquier especialidad, experiencias de diferente calado, en Radiología, Cardiología, Urología, Obstetricia y otras, en donde tras una reflexión madura y serena de todo el equipo, y en un entorno sustentado en una *urdimbre técnica y afectiva* sólida, se han tomado las decisiones apropiadas para que no exista ningún tipo de riesgo, ni físico para el paciente ni corporativo o legal para nosotros mismos.

Además de todo lo anterior, es importante aclarar que actualmente disponemos de soporte legal para asumir este tipo de iniciativas, concretamente, la Ley de Profesiones Sanitarias del año 2003, en su artículo 9º, regula claramente la delegación de funciones en el seno de los equipos multidisciplinares, concediendo a los profesionales autonomía para su propia organización. Asimismo, el decreto de enseñanzas universitarias de 2021 permite la obtención de microcredenciales para este mismo fin.

En cualquier caso, el modelo colaborativo de equipo multidisciplinar se irá extendiendo progresivamente por auténtica necesidad, aunque el proceso de cambio será lento y con resistencias.

¿Es posible, pues, delegar determinadas funciones con un objetivo claro? ¿y es conveniente?

Aun teniendo en cuenta que se trata de un cambio cualitativo de un enorme calado para el que, probablemente, ni las organizaciones, ni los profesionales estemos suficientemente preparados, por razones bien distintas, mi respuesta sería afirmativa ante ambas cuestiones.

Esta situación que me parece realmente relevante en su propia esencia, deberíamos abordarla, con una buena dosis de valentía y, desde luego, dejando discursos corporativos y apasionados en el arcén. Siempre ha sucedido lo mismo en nuestro ámbito: si no nos anticipamos nosotros a las soluciones, lo harán otros.

Hay que estar preparados para la innovación y los cambios; todo va mucho más rápido de lo que nos podríamos imaginar. Por si acaso, Yuval Noah Harari se encarga de llamar la atención cuando nos advierte que *“las nuevas tecnologías nos obligarán a reinventarnos cada 10 años”*. Un claro mensaje para recordarnos que hemos de renovar nuestros recursos organizativos actuales y estar preparados para modificarlos cuando las circunstancias lo requieran.

Y finalmente me van a permitir, a modo de colofón, hacer referencia a un mensaje que, en un momento delicado para su país, también frente a una encrucijada, el premier W. Churchill dirigió a sus compatriotas:

“El éxito es un conjunto de pequeños fracasos afrontados con buen ánimo”

Bibliografía

- Álava MJ.** La inutilidad del sufrimiento. Madrid: La esfera de los libros; 2003
- Berggruen N.** Gobernanza inteligente para el siglo XXI. Madrid: Santillana; 2012
- Carr N.** Atrapados; cómo las máquinas se apoderan de nuestras vidas. Madrid: Alfaguara; 2014
- Carr N.** Un mundo distraído. http://elpais.com/diario/2011/01/29/babelia/1296263535_850215
- Cortina A.** ¿Para qué sirve realmente la ética? Barcelona: Espasa; 2013
- Data Driven Health.** Novartis Farmacéutica. Santiago de Compostela: Petri Laboratorio de Ideas; 2021
- Eiras J.** Las limitaciones del límite; lo ecuánime enfrentado al dogma de lo idóneo.
Trabajo Fin de Master. Universidad de Gravada 2021.
- El cambio que el SNS precisa no vendrá de la bata blanca. <http://www.diariomedico.com/medicina/profesion/2024>
- Gomá J.** Ejemplaridad pública. Madrid: Santillana Ediciones; 2009
- Gracia D.** Como arqueros al blando; estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004-
- Gracián B.** El arte de la prudencia. Madrid; Temas de hoy; 2003
- Harari R.** Los retos de la medicina actual. www.medigraphic.com/analesmedicos. 2019
- Ignatieff M.** Las virtudes cotidianas: Barcelona: Random House; 2018
- Innerarty D.** Un mundo de todos y de nadie. Barcelona: Paidós; 2013
- La era de la Perplejidad:** repensar el mundo que conocíamos. Madrid, BBVA, OpenMind, Random House Grupo Editorial. 2018
- Laín P.** La relación médico-enfermo. Madrid: Revista de Occidente; 1964
- Le Fanu J.** The Rise And Fall of Modern Medicine. Carrol & Graf Pub: London; 2010

- Ley de ordenación de las profesiones sanitarias 2003**(art. IX). <https://www.boe.es>
- Madrid G.** Radiología esencial “La comunicación en los Servicios de Radiología”. Barcelona: Panamericana; 2018
- Madrid G.** Las carencias y limitaciones de nuestro modelo actual. “El radiólogo y la Radiología; lo que no se conoce no existe”. VI Reunión Nacional de Gestión y Calidad en Radiología de la SEGECA. Alicante, 25-25 octubre de 2.007
- Manual de la Relación Médico-Paciente.** Organización Médica Colegial. Fundación Asisa; 2019
- Marañón G.** La Medicina y los médicos. Madrid: Espasa-Calpe; 1962
- Once retos que los futuros médicos tendrán que afrontar. <http://www.pmfarma.com/2024>
- Microcredenciales.** Ministerio de Universidades. <https://www.universidades.gob.es/2021>
- Postman N.** TecnoPolis; la rendición de la cultura a la tecnología. Barcelona: Galaxia Gutenberg; 1996
- Piñas A.** La vulnerabilidad en la relación médico-paciente. Organización Médica Colegial. Fundación Asisa; 2019
- Ramón y Cajal S.** Los tónicos de la voluntad. Madrid: Espasa; 1971
- Repullo JR.** “Desinversión sanitaria en lo que no añade valor”. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii>; 2012
- Todd M.** “El ayudante de medicina. of new health occupations”. American Medical Association.Council on Health Mampower. Chicago; 1972
- Vasán V.** “Realidad extendida: Nuevo paradigma de la formación médica”. <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion>; 2024

