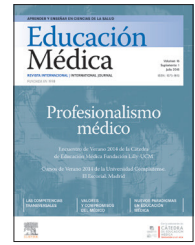


# Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



## Competencias transversales en el grado de Medicina

José A. Gutiérrez Fuentes

Consejero de la Fundación Lilly, Madrid, España

### PALABRAS CLAVE

Profesionalismo médico  
Competencias transversales  
Emoción  
Emotividad  
Comunicación

**Resumen** La capacidad del médico para entender al paciente y las enfermedades o preocupaciones que le aquejan son limitadas. Y, por ello, en su actuación deberá primar la *prudencia*. Los vertiginosos avances en el conocimiento de la fisiología humana y las enfermedades, así como los no menos grandes cambios en el entorno en que se desenvuelve la profesión médica, nos obligan a una capacidad de adaptación creciente en todos los sentidos y a la necesidad de prepararnos como individuos y como sociedad para poder realizarla de forma positiva. Para ello, el conocimiento es necesario y el pensamiento y los valores, fundamentales. De todo ello se deduce la necesidad de dotar a los médicos de una serie ordenada y bien definida de habilidades y competencias para el ejercicio de una práctica médica científicamente fundada y en la que primen los aspectos individuales del paciente.

Las *competencias transversales o genéricas* son aquellas que rebasan los límites de una disciplina para desarrollarse potencialmente en todas ellas. Siendo estas competencias importantes para todos los universitarios, en el caso de los graduados de medicina resultan imprescindibles, ya que estos deben estar preparados para integrarse adecuadamente en equipos multidisciplinares, implicados en labores asistenciales y también docentes, de investigación y de gestión, tanto en el sistema público como privado.

Nos centraremos en el análisis de la *emotividad* y la *comunicación*, como dos competencias que caracterizan la profesión médica.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### KEYWORDS

Medical professionalism  
Transversal competences  
Emotion  
Emotivity  
Communication

### Transversal competences in Medicine degree studies

**Abstract** The ability of the physician to understand the patient and illnesses or concerns that plague him, are limited. And, therefore, in his performance prudence must prevail. Rapid advances in the knowledge of human physiology and disease, as well as the no less great changes in the environment in which the medical profession operates, compels us to a growing ability to adapt in all directions and the need to prepare ourselves as individuals and as a society to make it in a positive way. Therefore, knowledge is necessary as well as wishful thinking and core values. All this suggests the need to provide physicians with an orderly and well-defined series of skills and competencies to the exercise of a scientifically established medical practice and in which prevail the individual aspects of the patient.

*Generic or transversal competences* are those which exceed the limits of a discipline to develop potentially in all of them. Being these important skills for all students, in the case of graduates of medicine are essential, since these must be prepared to integrate properly into multidisciplinary teams involved in health care work and also teaching, research and management, both in the public and private system.

We will focus on the analysis of *emotivity* and *communication*, as two competences that characterize the medical profession.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A la pregunta, ¿qué es lo que define al ser humano?, Fernando Savater responde<sup>1</sup>:

*“No son los instintos o nuestra situación genética, tan semejantes a los de otros animales, sino nuestra capacidad de decidir e inventar acciones que transforman la realidad... y a nosotros mismos.”*

Como seres inteligentes, capaces de un pensamiento abstracto, a los humanos nos caracteriza la inquietud que nos produce el tratar de conocer y entender los *porqués* de lo que nos sucede, desde el hecho de vivir a las razones de la felicidad, el sufrimiento, la enfermedad o la muerte. Y desde ahí, desde el planteamiento genérico, somos capaces de acercarnos al planteamiento *individual que supone la aplicación del conocimiento en Medicina*<sup>2</sup>.

Ya en el papiro de Ebers, texto médico de la civilización faraónica (hacia 1500 a.C.) se traduce una experiencia previa acumulada y ordenada, una capacidad de observación, de enjuiciamiento y de diagnóstico. El papiro contiene un “tratado del corazón” en el que se destaca que este órgano es el centro del sistema sanguíneo, con vasos unidos a cada parte del cuerpo. Los egipcios describieron el corazón como el punto de reunión de numerosos vasos que transportaban los distintos fluidos como la sangre, lágrimas, orina y el espermatozoide. En el mismo puede leerse:

*“Si examinas a un hombre enfermo del corazón, con dolor en brazos, pecho y costados del corazón, [...] amenaza la muerte.”*

Estos son, en efecto, los síntomas de un infarto de miocardio, pero no proceden de un moderno manual de medicina, sino de un papiro escrito durante el reinado de Amenhotep I, de la dinastía XVIII.

Sobre la enfermedad y el sufrimiento han reflexionado secularmente filósofos como Lucio Anneo Séneca, filósofo bético-romano (4 a.C.-65 d.C.):

*“No importa qué, sino cómo lo sufras.”*

Médicos como Hipócrates de Cos, médico griego, llamado el Grande (Isla de Cos, actual Grecia, 460 a.C.-Larisa, id., 370 a.C.):

*“Es mucho más importante saber qué persona sufre la enfermedad que saber qué enfermedad sufre la persona” o “El oficio es duro y el arte difícil.”*

Felipe Teofrasto Bombasto de Hoheheim, más conocido como Paracelso —superior a Celso—, médico romano (1493-1541):

*“La salud es el equilibrio del ser humano consigo mismo y con su medio ambiente.”*

Dicho esto, debemos tener claro que los avances en el conocimiento biomédico han sido y continúan imparables creciendo de forma exponencial. Y, a la vez, que a los médicos nos toca cada día intentar aliviar al paciente que sufre y demanda nuestra ayuda.

Para ello, habremos de poseer esos conocimientos actualizados y debidamente asimilados, ser conscientes de sus limitaciones y tener las habilidades y las competencias que nos permitan llevarlos de forma provechosa a la cabecera del paciente. Es la Medicina como ciencia y arte humanos. Y nunca debería dejar de serlo<sup>2</sup>.

De ello advierten pensadores de nuestro tiempo como Roy Porter (Wellcome Institute for the History of Medicine in London. Social historian and historian of medicine. Fallecido en marzo de 2002)<sup>3</sup>, que se planteaba la necesaria *administración del conocimiento y las expectativas* para no caer en la frustración:

*“Yet as those expectations become unlimited, they are unfulfillable: medicine will have to redefine its limits even as it extends its capacities.”*

O, Ramón Ayala, catedrático de Medicina Interna y Cardiología. Presidente de la Federación Médica Colombiana (1936-1937), al que se atribuye la reflexión:

*“La medicina cura en una tercera parte de los casos, alivia en las dos terceras partes y consuela en todos los casos”.*

Todo ello, para poner en contexto que nuestra capacidad para entender al paciente y las enfermedades o preocupaciones que le aquejan es limitada. Y que, por ello, deberá primar la prudencia. Virtud esta que puede ser expresada en tres palabras, quizás las más importantes en educación médica, como rezaba un editorial del *British Medical Journal*<sup>4</sup>:

*“I don't know” (“No lo sé”)*

Hace ya casi 20 años, Peter F. Drucker<sup>5</sup>, considerado el mayor filósofo de la administración en el siglo xx, considera

ba que hoy los plazos se acortan y todo cambia a ritmo asombrosamente acelerado.

*“Cada tanto, en la historia occidental se cruza una frontera. En unas pocas décadas la sociedad se reestructura a sí misma; cambian su visión del mundo, sus valores básicos, su estructura política y social, su arte, sus instituciones fundamentales [...] Estamos atravesando una de esas transformaciones.”*

Ello nos obliga a una capacidad de adaptación creciente en todos los sentidos y a la necesidad de prepararnos como individuos y como sociedad para poder realizarla de forma positiva. Para ello, el conocimiento es necesario y el pensamiento y los valores, fundamentales.

Ejemplo de este cambio continuo puede ser el *Real Decreto 412/2014, de 6 de junio, por el que se establece la normativa básica de los procedimientos de admisión a las enseñanzas universitarias oficiales de Grado*<sup>6</sup>. En esta nueva regulación desaparece la superación de la prueba de acceso a la universidad como requisito de acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de Grado y se establece como requisito la posesión de la titulación que da acceso a la universidad: título de Bachiller o título, diploma o estudios equivalentes, y títulos de Técnico Superior de Formación Profesional, de Técnico Superior de Artes Plásticas y Diseño o de Técnico Deportivo Superior.

Además, de acuerdo con la nueva redacción del artículo 38 de la *Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*, son las universidades las que determinan, de conformidad con distintos criterios de valoración, la admisión a estas enseñanzas de aquellos estudiantes que hayan obtenido la titulación que da acceso a la universidad.

## Profesionalismo médico

Hoy, mientras nos adentramos en el siglo XXI, lo que entendemos por profesionalismo médico parece estar en serio peligro. Cada vez más, los profesionales están expuestos a incentivos espurios, una feroz competencia de mercado y la erosión de la confianza de los pacientes. Pues bien, para hacer frente a estos retos, muchos médicos se encuentran escasamente capacitados.

En su notable artículo *Medical Professionalism in Society*, Wynia y cols.<sup>7</sup> concluyen:

*“We believe there is an essential role for professionalism in society that market-driven and government-controlled health care alone cannot provide, and we propose three core elements of medical professionalism: devotion to service, profession of values, and negotiation within society.”*

Una vez más, los autores miran hacia los valores de la profesión para definirla, adjetivarla y resaltar aquello que no puede perderse sin desvirtuar, en nuestro caso, a la propia Medicina: devoción o entrega al servicio; profesión o ejercicio de los valores; y negociación o aproximación a la sociedad y cada uno de los que la integran. Todos ellos potenciales pacientes o demandantes de ayuda, información, orientación, consuelo, etc.

El *Medical Professionalism Project*, iniciado en 1999 por la ABIM (American Board of Internal Medicine) Foundation y la ACP (American College of Physicians) como un esfuerzo colaborativo para incrementar la conciencia profesional de los internistas en EE.UU. y Europa, se ha mostrado como un instrumento útil para influir sobre los aspectos éticos y los estándares profesionales de la medicina y animar a la profesión a reafirmar su compromiso cívico<sup>8,9</sup>.

Con posterioridad, estas mismas fundaciones, colaborando con la European Federation of Internal Medicine (EFIM), publicaron la llamada *Carta del Profesionalismo Médico: Principios Fundamentales y Responsabilidades Profesionales*<sup>10</sup>, que reproducimos en esquema:

### **Carta del Profesionalismo médico: Principios Fundamentales y Responsabilidades Profesionales**

#### **Principios Fundamentales**

- Principio de **primacía del bienestar del paciente**
- Principio de **autonomía del paciente**
- Principio de **justicia social**

#### **Responsabilidades Profesionales**

- Compromiso de competencia profesional
- Compromiso de honestidad con los pacientes
- Compromiso de confidencialidad con el paciente
- Compromiso de mantener unas relaciones apropiadas con los pacientes
- Compromiso con la calidad de los cuidados
- Compromiso con el acceso a los cuidados
- Compromiso con la distribución justa de los recursos limitados
- Compromiso con el conocimiento científico
- Compromiso de veracidad en relación con los conflictos de intereses
- Compromiso con las responsabilidades profesionales

## De las competencias

Por **competencia** se entiende “pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto importante”.

*“Si no fuera por la gran variabilidad entre los individuos, la medicina bien podría ser una ciencia y no un arte.”*

*“La variabilidad es la ley de la vida, y al igual que no hay dos caras iguales, no hay dos cuerpos iguales ni dos individuos reaccionan y se comportan igual bajo las condiciones anormales que conocemos como enfermedad.”*

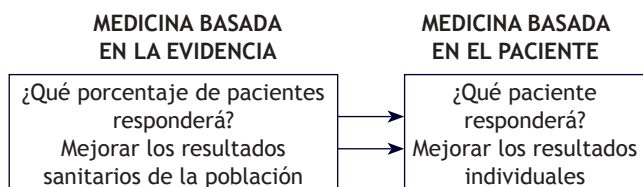
Estas aseveraciones de Willam Osler<sup>11</sup> ante sus estudiantes, considerado por muchos como el padre de la Medicina Interna, definen de forma didáctica y maravillosamente hilvanada la esencia misma del quehacer médico ante el enfermo, ser vivo, elemento biológico, necesariamente variable y diferente en cada caso, y con ello la necesidad de desarrollar y disponer conocimientos y métodos para enfrentarnos a esa variabilidad. No hay dos pacientes iguales y se requiere de otras habilidades para descubrir las diferencias y ser consecuentes con la aplicación de los reme-

dios. No solo los materiales, sino también los que tienen que ver con la persona enferma, sus circunstancias, creencias, estado anímico, etc.

Hoy, ante el aparente alejamiento de estos principios y valores surgen preguntas como ¿Qué queremos conocer? ¿Hacia dónde vamos? ¿Hay un nuevo paradigma?

Cobra fuerza el concepto de *medicina basada en el paciente*, a la vez que otros como los de medicina personalizada o tratamientos a la medida. El objetivo principal de la primera es el de mejorar los resultados de la práctica médica del día a día, atendiendo a los objetivos del paciente, sus preferencias, valores o capacidad económica.

Sin duda, la medicina basada en el paciente supone un cambio de paradigma en la relación entre médicos y pacientes. Pero, esta no debe ser contradictoria con la medicina basada en la evidencia, sino complementaria. Hoy, no podríamos apostar por la primera sin que haya una base científica fundamentada en la evidencia. Tampoco debería continuarse practicando la segunda sin tener presente la individualidad de cada paciente<sup>12</sup>.



Cambio de paradigma en la relación entre médicos y pacientes

La Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. Comisión Mundial sobre Educación Superior de la UNESCO, reunida en París, en 1998<sup>13</sup>, hizo pública la *Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI. Visión y acción*. En ella se concluye que:

- Los docentes deberán ocuparse, sobre todo hoy en día, en enseñar a los alumnos a aprender y a tomar iniciativas y no a ser únicamente “pozos de ciencia”. Y establece que la educación deberá estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales:
  - Aprender a **CONOCER**, para que el alumno ejercite la atención, la memoria y el razonamiento.
  - Aprender a **HACER**, o cómo llevar a la práctica el conocimiento adquirido previamente.
  - Aprender a **CONVIVIR**, a través de formas de interdependencia, y
  - Aprender a **SER**, como forma de desarrollo integral de la persona, potenciando sus **cualidades éticas, intelectuales y afectivas**.

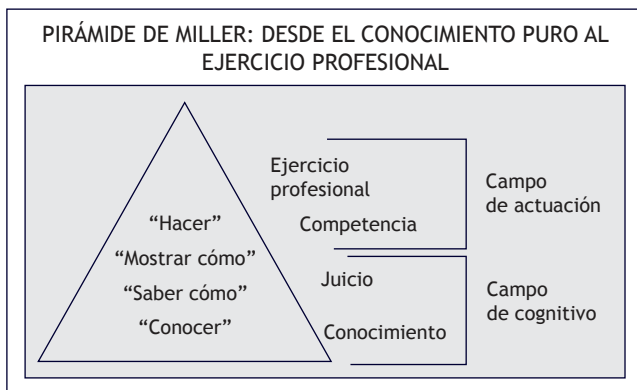
De todo ello se deduce la necesidad de dotar a los médicos de una serie ordenada y bien definida de habilidades y competencias para el ejercicio de una práctica médica científicamente fundada y en la que primen los aspectos individuales del paciente.

El libro *Competencias para el Grado de Medicina*, de la Universidad Complutense de Madrid<sup>14</sup>, define las competencias a adquirir por el estudiante de Medicina y supone un

documento-borrador de trabajo que ha de servir de base a la consolidación de un nuevo modelo en la enseñanza-aprendizaje de la Medicina, cuyo rasgo distintivo será la incorporación del alumno a la actividad del centro sanitario de manera que llegue a conocer su realidad, su funcionamiento, sus misiones, las actividades asistenciales y, lo más importante, su participación e integración en ellas. Los siguientes cuadros resumen sus contenidos:

**MARCO DEFINITORIO DE LAS COMPETENCIAS PARA EL GRADO DE MEDICINA**

- LO QUE TIENE QUE SABER (adquirir “conocimientos”)
- LO QUE TIENE QUE SABER HACER (aprender a “hacerlo”)
- CÓMO TIENE QUE SABER SER (aprender a “ser”)



**COMPONENTES Y ÁMBITO DE LAS COMPETENCIAS MÉDICAS**

| ÁMBITO      | COMPETENCIAS | CONOC. | HABIL. | ACTIT. |
|-------------|--------------|--------|--------|--------|
| MÉDICO      | EL QUÉ       |        |        |        |
| PROFESIONAL | EL CÓMO      |        |        |        |
| SANITARIO   | EL QUIÉN     |        |        |        |

MAPA DE COMPETENCIAS

**NÚMERO DE COMPETENCIAS DEFINIDAS**

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| <b>COMPETENCIAS DEFINIDAS:</b>      | 1133 |
| Grupo I: Lo que tiene que hacer     | 882  |
| Grupo II: Cómo lo tiene que hacer   | 144  |
| Grupo III: Quién lo tiene que hacer | 107  |

De igual forma, la *Guía per a l'avaluació de competències en Medicina*, de la Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya<sup>15</sup>, sistematiza las competencias a adquirir por los alumnos de Medicina:



En educación, es común distinguir entre aquellas competencias que son específicas y las que son transversales o genéricas. Las **competencias transversales o genéricas** son aquellas que rebasan los límites de una disciplina para desarrollarse potencialmente en todas ellas.

Las **competencias transversales** (genéricas) suponen:

1. Capacidad del profesional de utilizar las herramientas para el **aprendizaje y la formación** (*competencias instrumentales*).
2. Capacidad de mantener una **buena relación laboral y personal con terceros** (*competencias interpersonales*).
3. Capacidad de dar una **visión de conjunto y de gestionar el total de la actuación** (*competencias sistémicas*).

Siendo estas competencias importantes para todos los universitarios, en el caso de los graduados en Medicina resultan imprescindibles, ya que estos deben estar preparados para integrarse adecuadamente en equipos multidisciplinares, implicados en labores asistenciales y también docentes, de investigación y de gestión, tanto en el sistema público como privado.

El proceso de convergencia hacia el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES) ha puesto de relieve la importancia del dominio de competencias transversales durante la formación universitaria. Como ya se ha dicho, estas competencias son especialmente adecuadas para los futuros profesionales en ciencias de la salud.

En el proyecto *“Tuning”* sobre la Convergencia Europea de Enseñanza Superior, se definen las competencias transversales que deberían contemplarse en el marco del EEES<sup>16,17</sup>:

#### Instrumentales

- Capacidad de análisis y síntesis
- Capacidad de organización y planificación
- Conocimientos generales básicos
- Conocimientos básicos de la profesión
- *Comunicación oral y escrita*
- Conocimiento de idiomas
- Habilidades en el manejo de un ordenador
- Habilidades de gestión de la información (buscar y analizar información de fuentes diversas)
- Resolución de problemas
- Toma de decisiones

#### Interpersonales

- Capacidad crítica y autocrítica
- Trabajo en equipo
- Habilidades interpersonales
- Trabajo en equipo interdisciplinario
- Capacidad para comunicarse con expertos en otras áreas
- Reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad
- Habilidades para trabajar en un contexto internacional
- *Compromiso ético*

#### Sistémicas

- *Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica*
- Habilidades de investigación
- Aprendizaje
- *Adaptación a nuevas situaciones*
- Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
- Liderazgo
- Conocimiento de culturas y costumbres de otros países
- Habilidad para trabajar de forma autónoma
- Diseño y gestión de proyectos
- Iniciativa y espíritu emprendedor
- *Motivación por la calidad*
- *Motivación por la consecución de objetivos*

## Aprendizaje basado en problemas

El aprendizaje basado en problemas (ABP) es un método útil para el desarrollo de las competencias transversales de todo tipo:

- **Instrumentales cognitivas y metodológicas** (capacidad de análisis y síntesis, resolución de problemas, toma de decisiones, capacidad de organización y planificación, gestión del tiempo, razonamiento crítico);
- **Instrumentales tecnológicas y lingüísticas** (búsqueda y análisis crítico de la información, comunicación oral y escrita);
- **Interpersonales** (trabajo en equipo, habilidades interpersonales, liderazgo, compromiso ético); y
- **Sistémicas** (capacidad para el aprendizaje autónomo, la adaptación a nuevas situaciones).

El ABP es un método docente basado en el estudiante como protagonista de su propio aprendizaje. En este método, la instrucción de conocimientos tiene la misma importancia que la adquisición de habilidades y actitudes<sup>18,19</sup>.

## Emotividad y comunicación: dos competencias que caracterizan la Medicina

### Emotividad

¿Qué entendemos por emoción? De acuerdo con el *Diccionario de la lengua española* (DRAE), es emoción (Del lat. *emotio*, *-ōnis*):

1. f. Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática.
2. f. Interés, generalmente expectante con que se participa en algo que está ocurriendo.

Robert Levenson<sup>20</sup> describe las **emociones** como reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación del individuo a ciertos estímulos cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante:

- **Psicológicamente**, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria.
- **Fisiológicamente**, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del sistema nervioso autónomo y la del sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo.
- **Conductualmente**, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y/o nos alejan de otros.

Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, y poseen ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas.

Por su parte, Rafael Bisquerra<sup>21</sup> define la **educación emocional** como un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral.

La **competencia emocional** está en función de las experiencias vitales que cada uno ha tenido, entre las cuales están las relaciones familiares, con los compañeros, escolares, etc.

La **educación emocional** supone pasar de la **educación afectiva** a la **educación del afecto**, es decir, impartir conocimientos teóricos y prácticos sobre las emociones.

### Comunicación

La **comunicación** constituye una de las partes nucleares de la competencia de la profesión médica y por esta razón debe ser considerada susceptible de ser enseñada, aprendida y evaluada.

Las habilidades de comunicación pueden (y deben) aprenderse, pero para lograr este objetivo es necesario un primer paso: la comunicación debe ser reconocida por los profesio-

res y estudiantes como parte fundamental de los planes de estudios clínicos.

Francesc Borrell-Carrió<sup>22</sup> hace una aproximación en ambos sentidos definiendo los niveles de **competencia emocional** en la *entrevista clínica*. Sus conclusiones se resumen en la tabla 1.

**Tabla 1** Competencia emocional en la entrevista clínica

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Estilo emocional "natural"            | El profesional se comporta de manera similar a como actúa en sus relaciones sociales: conductualmente, con el grado de cordialidad y respeto que le caracteriza, y emocionalmente, de forma habitual con el estilo reactivo (simpático con el que me cae bien, antipático con el que me cae mal)  |
| Estilo emocional profesional básico   | El profesional gradúa sus niveles de cordialidad y respeto porque aprende a conocer sus niveles basales, y adopta un estilo emocional proactivo: simpático con el que me cae bien, neutro o cortés con quien me cae mal. En el ámbito cognitivo, el profesional sabe establecer unos objetivos básicos del encuentro, adopta un plan de entrevista y sabe ejecutar unas tareas de entrevista clínica  |
| Estilo emocional profesional avanzado | El profesional aprende a intensificar o decrementar determinadas emociones o reacciones conductuales y sabe realizar maniobras de rescate emocional y rescate temático y de atención, entre otras habilidades. En el ámbito cognitivo, el profesional sabe analizar el encuentro de manera diacrónica (aplicando un modelo de interacción estratégica), sabe encajar pérdidas de autoestima y adaptar las conductas <i>lex artis</i> a las peculiaridades concretas del paciente, con una consideración ética |

Tomada de Borrell Carrió<sup>22</sup>.

Concluyo recordando los **Fines de la Medicina** y el establecimiento de unas prioridades nuevas, tal como los define el *Proyecto Internacional del Hastings Center*<sup>23</sup>. El grupo considera que los nuevos fines deberían ser cuatro, que como valores elementales de la medicina, contribuirán a preservar la integridad de la medicina frente a las presiones políticas y sociales que defienden unos fines ajenos o anacrónicos:

### Fines de la Medicina

1. La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
2. El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.
3. La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
4. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Las interpretaciones que se hacen actualmente de los fines de la medicina los dejan expuestos a abusos y usos incorrectos. Deberíamos examinar estas premisas e interpretarlas desde un punto de vista nuevo, independientemente de las barreras políticas y geográficas. Así,

**La medicina debería aspirar a:**

- Ser honorable y dirigir su propia vida profesional.
- Ser moderada y prudente.
- Ser asequible y económicamente sostenible.
- Ser justa y equitativa.
- Respetar las opciones y la dignidad de las personas.

Únicamente del esfuerzo común de médicos y pacientes, de medicina y sociedad, depende que ese futuro se modele correcta y satisfactoriamente, y el lugar de donde debe partir dicho esfuerzo son los *Fines de la Medicina*.

*“Más que ningún otro, el médico puede ilustrar la segunda gran lección; que no estamos aquí para sacar de la vida cuanto podamos para nosotros mismos, sino para intentar hacer más feliz la vida de los demás. Es imposible que nadie tenga mejores oportunidades para vivir esta lección que las que vosotros vais a disfrutar.”*

*“La práctica de la medicina es un arte, no un comercio; una vocación, no un negocio; una vocación en la que hay que emplear el corazón igual que la cabeza. Con frecuencia lo mejor de vuestro trabajo no tendrá nada que ver con pociones y polvos, sino con el ejercicio de la influencia del fuerte sobre el débil, del justo sobre el malvado, del prudente sobre el necio...”*

La palabra clave en medicina. WILLIAM OSLER<sup>24</sup>

**Si ser médico es** entregar la vida a la misión elegida...

**Si ser médico es** no cansarse nunca de estudiar y tener a diario la humildad de aprender la nueva lección de cada día...

**Si ser médico es** hacer de la ambición, nobleza; del interés, generosidad; del tiempo, destiempo; y de la ciencia, servicio al hombre que es el hijo de Dios...

**Si ser médico es** amor, infinito amor, a nuestro semejante...

**Entonces, ser médico es** la divina ilusión de que el dolor sea goce; la enfermedad, salud; y la muerte, vida.

Gregorio Maraño (1887-1960)

## Bibliografía

1. Savater F. El valor de elegir. Barcelona: Ariel; 2003.
2. Gutiérrez-Fuentes JA. La medicina, una ciencia y un arte humanos. *Educ Med*. 2008;11(Supl 1):S11-S15.
3. Porter R. The Greatest Benefit to Mankind. New York: Norton & Company; 1998. p. 718.
4. BMJ Editor's Choice. "I don't know": the three most important words in education. *BMJ*. 1999;318:7193.
5. Drucker PF. Managing in a Time of Great Change. New York: Truman Talley Books/Dutton; 1995.
6. «BOE» núm. 138, de 7 de junio de 2014. Real Decreto 412/2014, de 6 de junio, por el que se establece la normativa básica de los procedimientos de admisión a las enseñanzas universitarias oficiales de Grado.
7. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL. Medical professionalism in society. *N Engl J Med*. 1999;341:1612-6.
8. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136:243-6. [PMID: 11827500]
9. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet*. 2002;359:520-2. [PMID: 11853819]
10. Blank L, Kimball H, McDonald W, Merino J, for the ABIM Foundation, ACP Foundation, and European Federation of Internal Medicine (EFIM)\*. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter 15 months later. *Ann Intern Med*. 2003;138:839-41.
11. Gutiérrez-Fuentes JA, Sacristán JA. En: Osler W, editor. "Un estilo de vida" y otros discursos, con comentarios y anotaciones. Presentación, p. IX-XIII. Madrid: Unión Editorial; 2014.
12. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13:6.
13. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. Comisión Mundial sobre Educación Superior, UNESCO. París. 5-9 de octubre de 1998.
14. Cátedra de Educación Médica. FL-UCM. Competencias para el Grado de Medicina de la U.C.M. Madrid: Unión Editorial; 2008.
15. Carreras i Barnés J. Guia per a l'avaluació de competències en medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2009.
16. González J, Wagenaar R. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Deusto: Universidad de Deusto, Universidad de Groningen; 2003.
17. Baños JE. Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Educ Med*. 2005;8:216-25.
18. Araujo UF, Sastre G. El aprendizaje basado en problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la Universidad. Barcelona: Gedisa; 2008.
19. Branda LA, Font Ribas A, Martínez Pérez V, Acarín Pérez L, González de Mingo B, Castellano López B, et al. L'aprenentatge basat en problemes. Bellaterra (Barcelona): Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2009.
20. Levenson RW. The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*. 1999;13:481-504.
21. Bisquerra R. Concepto de educación emocional. ¿Educación emocional? Disponible en: <http://www.rafaelbisquerra.com/es/educacion-emocional/concepto-educacion-emocional.html>
22. Borrell-Carrió F, Clèries X, Paredes-Zapata D, Borrás-Andrés JM, Sans-Corrales M, Mascort-Roca JJ. Proceso de Bolonia (VI): aprendiendo comunicación para la salud en el Grado de Medicina. *Educ Med*. 2012;15:197-201.
23. Los fines de la medicina. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Núm. 11. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2014.
24. La palabra clave en medicina: William Osler. Conferencia dirigida a los estudiantes de medicina. Universidad de Toronto (1903). En: Osler W, editor. "Un estilo de vida" y otros discursos, con comentarios y anotaciones; Madrid: Unión Editorial; 2014. p. 311.