

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**L'APRENTATGE DELS VALORS
I EL PROFESSIONALISME
EN LA MEDICINA AL SEGLE XXI**

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic Numerari

DRA. MONTSE ESQUERDA I ARESTÉ

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

DR. JOAN VIÑAS I SALAS



Barcelona

7 de juny de 2026

**L'APRENTATGE DELS VALORS
I EL PROFESSIONALISME
EN LA MEDICINA AL SEGLE XXI**

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**L'APRENTATGE DELS VALORS
I EL PROFESSIONALISME
EN LA MEDICINA AL SEGLE XXI**

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic Numerari

DRA. MONTSE ESQUERDA I ARESTÉ

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

DR. JOAN VIÑAS I SALAS



Barcelona

7 de juny de 2026

Queda rigorosament prohibit, sense l'autorització escrita del titular del Copyright, sota les sancions establertes en les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la repografia i el tractament informàtic i la distribució d'exemplars d'aquesta, mitjançant lloguer o préstecs públics.

© *Montse Esquerda i Aresté*

© *Joan Viñas i Salas*

© *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*

Edició: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

c/. Carme 47, 08001 Barcelona - T. 93 317 16 86

e-mail: secretaria @ramc.cat

D.L.: B 11540-2026

ISBN: 978-84-09-87185-8

Imprès: Trialba

c/ Clot, 13 · 08018 Barcelona · 93 451 65 70

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmica Numerària

DRA. MONTSE ESQUERDA I ARESTÉ

Excel·lentíssim President,
Molt Il·lustres Acadèmics i Acadèmiques,
Autoritats, companyes i companys, amigues i amics, estimada família

És per a mi un gran honor pronunciar avui el meu discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Ho visc amb gratitud, però també amb una profunda consciència de responsabilitat. Entrar en aquesta casa vol dir entrar en una tradició de pensament mèdic que no només ha volgut descriure el passat, sinó també orientar el futur. En iniciar aquest acte, permetin-me dirigir una paraula de reconeixement i gratitud al Dr. Miquel Bruguera i Cortada, medalla número 52 d'aquesta Reial Acadèmia, que en la sessió inaugural del curs 2023 va passar a la condició d'acadèmic emèrit, adscrit a la Secció Quarta de Ciències Mèdiques Socials i Afins. La seva trajectòria exemplifica una manera d'entendre la medicina que va més enllà de l'excel·lència clínica: una medicina compromesa amb la societat i amb el país, amb la paraula justa i amb el deure de pensar.

El Dr. Bruguera ha estat una veu lúcida en la defensa del professionalisme mèdic, en la reflexió sobre la responsabilitat social de la medicina i en la necessitat de preservar la dignitat del pacient en temps de canvi accelerat. La seva obra ens recorda que la medicina

no és només un conjunt de coneixements tècnics, sinó també una pràctica moral que requereix criteri, prudència i compromís cívic. En una època en què el llenguatge biomèdic tendeix a ocupar tot l'espai, ell ha sabut reivindicar la importància del judici clínic, de la deliberació i del diàleg amb la societat, així com posar èmfasis en el pes de la història. Rebre el seu llegat és també assumir una responsabilitat: la de continuar pensant la medicina des de la seva dimensió humana, social i ètica.

Voldria expressar també un agraïment molt especial al Dr. Joan Viñas per haver acceptat respondre aquest discurs. Més enllà de la generositat institucional que aquest gest representa, per a mi té un significat profundament personal i acadèmic. El Dr. Viñas ha estat mestre, referent i company de camí en moments importants de la meva trajectòria, i la seva mirada sobre la medicina, la universitat i els valors professionals ha deixat una empremta decisiva en la meua manera d'entendre aquesta professió. Rebre avui la seva resposta constitueix un honor i, alhora, una continuïtat d'aquest diàleg sostingut al llarg dels anys entorn de la medicina, l'ètica i el compromís amb les persones.

El Dr. Joan Viñas i Salas, metge cirurgià, catedràtic de cirurgia i professor de bioètica de la Universitat de Lleida, ha desenvolupat una trajectòria acadèmica, assistencial i institucional d'una gran rellevància en l'àmbit de la medicina catalana. Rector de la Universitat de Lleida entre 2003 i 2011 i degà de la seva Facultat de Medicina, ha estat també president de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i de l'Institut Català de la Salut. La seva activitat científica s'ha centrat especialment en la carcinogènesi del còlon i la bioètica, impulsant igualment la creació i consolidació de comitès d'ètica assistencial i de recerca clínic. Paral·lelament, ha mantingut un profund compromís social i humanitari, vinculat tant a la cooperació internacional com a diverses iniciatives socials i sanitàries. La seva trajectòria ha estat reconeguda amb distincions com la Creu de Sant Jordi, la Medalla Josep Trueta i la Medalla d'Honor de la Xarxa Vives d'Universitats.

No voldria deixar d'expressar també el meu agraïment a la Dra. Edelmira Domènech i al Dr. Josep Arimany Manso, dues figures de referència en àmbits diferents però profundament complementaris de la medicina catalana. La Dra. Domènech, referent imprescindible i pioner de la psiquiatria infantil i juvenil, ha estat una font d'inspiració per la seva mirada profundament humana, el seu compromís constant amb els infants, adolescents i les seves famílies, i la seva manera rigorosa i sensible d'entendre la pràctica clínica i la salut mental. El Dr. Arimany, referent en l'àmbit de la medicina legal, la responsabilitat professional i la seguretat clínica, ha contribuït decisivament a reforçar una cultura de responsabilitat, transparència i reflexió ètica dins la professió mèdica. A tots dos els agraeixo el mestratge, la generositat intel·lectual, la capacitat de diàleg i l'exemple d'una medicina exercida amb compromís, prudència i profunda dignitat professional.

Tots ells han estat referents, per a mi, una manera d'entendre la medicina en què l'excel·lència professional no es pot separar de la qualitat humana, i en què ser un bon metge va indistricablement lligat a ser també una bona persona.

Comparec davant vostre des de la meva experiència com a pediatra, bioeticista i docent, però també des d'un recorregut vital que ha anat teixint, amb el temps, una determinada manera d'entendre la medicina i el compromís amb les persones.

La pediatria m'ha ensenyat, de manera molt concreta i quotidiana, les dues cares de la medicina: per una banda, la de les grans possibilitats i triomfs, amb una alta capacitat de guarir, d'alleujar, de transformar pronòstics que abans eren inapel·lables. Però per altra banda, la de la vulnerabilitat i dels límits de la ciència, en totes aquelles situacions dels infants i de les famílies, amb situacions en què no tot es pot resoldre, en què la incertesa, la fragilitat i, de vegades, la pèrdua formen part inevitable de l'experiència clínica, que m'han situat davant la necessitat de cuidar amb delicadesa i responsabilitat.

La bioètica i la deontologia m'han ajudat a posar paraules a aquestes experiències, a entendre que la pràctica clínica està travessada per valors, dilemes i decisions que requereixen deliberació, prudència i responsabilitat compartida. I la docència, finalment, m'ha confirmat que la medicina no es transmet només com un conjunt de coneixements o habilitats tècniques, sinó també, i sobretot, com una actitud, una mirada i una manera d'estar davant l'altre, que es construeix en el temps, en el diàleg i en l'exemple.

Aquest triple eix, assistencial, ètic i formatiu, ha configurat no només la meva trajectòria professional, sinó també la manera com intento situar-me davant la complexitat de la pràctica mèdica i davant la responsabilitat de cuidar, pensar i acompanyar a altres a pensar.

Però no s'entén aquesta ni cap trajectòria sense les persones que m'hi ha acompanyat. Som on som, arribem on arribem i perseverem com perseverem gràcies a una xarxa humana que ens sosté. Cap trajectòria, i menys encara en l'àmbit de la medicina, la bioètica i la docència, no és fruit d'un sol itinerari individual, sinó d'aquesta xarxa d'acompanyaments que, de manera sovint discreta però decisiva, ofereixen guia, exigència, estímul intel·lectual, consol en la incertesa i, sobretot, una forma de cura que fa possible continuar.

La nostra vida professional i personal es configura a partir d'aquestes múltiples mirades que ens han interpel·lat i sostingut d'una manera determinada, que ens han ajudat a pensar millor, a escoltar amb més profunditat i a actuar amb més prudència. Reconèixer-ho no és només un gest d'agraïment, sinó també un exercici de justícia i de veritat.

És difícil, i probablement impossible, no deixar-se ningú. Tanmateix, voldria, sense pretensió d'exhaustivitat però amb una profunda consciència del deute adquirit, expressar el meu agraïment més sincer i sentit a totes aquelles persones que, en diferents moments i contextos, han contribuït a fer possible aquest recorregut. A totes elles, gràcies per haver-hi estat, per haver acompanyat, per haver exigít i, en definitiva, per haver contribuït a configurar no només una trajectòria, sinó una manera d'entendre i d'exercir la medicina.

Si avui puc dir això amb convicció, és perquè he tingut mestres. Mestres que no només m'han ensenyat continguts, sinó sobretot actituds, preguntes i una manera de mirar. Des dels inicis, abans i durant els estudis de medicina, el Dr. Helios Pardell i el Dr. Joan Viñas em van obrir a una pregunta que encara m'acompanya: què vol dir fer medicina avui, amb responsabilitat i amb valors. Des dels propis estudis de Medicina a Lleida, quan eren una extensió de la Universitat de Barcelona, el Dr Gomà em va trametre l'estima per la pediatria, però no puc oblidar altres grans mestres com el Professor Rubio, en la Medicina Interna i el Prof. Montoliu del qui vaig recollir la passió per les nefrones.

La meva formació en pediatria va passar per l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, liderat en aquell moment pel Dr. Gallart, amb un hospital pediàtric situat entre els més punters del món, herència del Dr. Ballabriga. La formació en pediatria va ser una època intensa, amb nombrosos companys que queden per sempre, i una especial dedicació en l'àmbit de la nefrologia, amb el Dr. Callís, que va ser posteriorment el meu director de la tesi doctoral, amb la co-direcció del Dr Casaldaliga. El treball titulat "Glomeruloesclerosis segmentaria i focal en nens" va estar defensat al 2002, obtenint la qualificació d'excel·lent cum laude.

En aquesta etapa vaig seguir els estudis universitaris i vaig iniciar, al mateix temps que la residència, la meva segona llicenciatura, en psicologia. Buscava complementar la formació mèdica amb una comprensió més profunda de la dimensió emocional, relacional i subjectiva de la malaltia, especialment en l'àmbit infantil i adolescent. Entenia que la pràctica clínica no es podia limitar a l'abordatge biològic, i que calia incorporar eines per escoltar, interpretar i acompanyar el patiment més enllà del símptoma. Aquesta doble formació va anar configurant una mirada més integradora, en què la salut es comprèn com una realitat complexa on cos i ment no es poden dissociar. Aquesta inquietud per comprendre millor la complexitat de la pràctica clínica em va portar, posteriorment, a cursar el Màster en Bioètica i Dret. Volia dotar-me d'eines per pensar amb més rigor els dilemes que emergien en la pràctica diària.

La trajectòria en nefrologia pediàtrica va ser molt breu i interrompuda pel retorn a Lleida, a una pediatria arrelada a la realitat: urgències, primària, hospital, continuïtat assistencial. Una medicina feta de persones concretes, de famílies, de comunitat. Allà, amb el Dr. Eduard Solé, com cap del servei de pediatria de l'Hospital Arnau de Vilanova, i molts altres companys, vaig consolidar una idea que no he abandonat: si la medicina es desenganxa del territori, perd capacitat de cuidar de veritat.

Al 2006 em van oferir incorporar a un projecte nou en que Sant Joan de Déu assumia la Salut Mental Infanto-Juvenil del territori de Lleida, i fins l'actualitat, he pogut compartir el creixement des d'un petit centre de salut mental a l'Hospital actual acompanyat de múltiples altres recursos, sota la direcció del Dr Jaume Capdevila i la Dra. Ester Castan. Continuo amb temps parcial vinculada a aquest hospital i visitant nens, amb atenció preferent a nens i joves amb dol complex.

Molt poc després de la tornada a Lleida, el Dr Joan Viñas, que havia estat ja el meu mestre a la universitat, em va donar entrada a la docència universitària en l'àmbit de la bioètica, que, en aquell moment de l'anterior pla d'estudis, era de les poques facultats en tot el territori espanyol en que era un assignatura en el pla d'estudis. Allí he pogut compartir docència amb el mateix Dr Viñas, però també amb grans companys com el Dr Yuguero, la Dra Anna Vena, la Dra Maria Nabal o el Dr Eduard Peñascal, entre altres. Docència que vaig continuar durant quasi 18 anys, podent compartir amb centenars d'estudiants. Amb ells he après que ensenyar és també deixar-se interpel·lar, ordenar el pensament i transmetre criteri, sabent que la formació és una pràctica de responsabilitat i d'humilitat professional. Allà vaig tenir l'oportunitat de codirigir diverses tesis doctorals en diferents àmbits de la bioètica, contribuint a la formació investigadora i al desenvolupament de noves línies de reflexió en el camp.

La Deontologia ha estat un altre espai fonamental del meu recorregut, incorporant com vocal a la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Lleida, presidida en aquell moment per

la Dra. Teresa Puig, i presidint-la jo mateixa acompanyada pel Dr Cabau, Dr Dealbert, Dr. Maestre, Dra Madrid, Dra Bergua i el Dr Yuguero. Posteriorment, en l'àmbit de la deontologia catalana, he après al costat de professionals compromesos com el Dr. Terés, la Dra Campins i el Dr Menchón, així com els companys de les juntes col·legials, Dr Mur, Dra Bisbe, Dr Vilaplana, Dr Boada, Dr. Esteve, Dr. Sellarès, Dra Giné i Dr. Arimany, entre altres. Aquests han estat espais d'un exercici col·lectiu de pensar la professió i el seu compromís amb la societat.

En aquest àmbit, voldria fer també una menció molt especial al Dr. Jaume Padrós, amb qui he tingut el privilegi de compartir espais de reflexió i treball al voltant de la deontologia, el professionalisme mèdic i el compromís de la professió amb la societat. La seva trajectòria al servei de la medicina catalana ha estat marcada per una defensa constant d'una medicina humanista, propera i profundament compromesa amb la dignitat dels pacients i dels professionals. Sempre he admirat especialment la seva visió de la professió mèdica com una vocació de servei que no es pot desvincular ni de la responsabilitat ètica ni del compromís social, així com la seva capacitat de reivindicar el valor de la confiança, de l'autonomia professional i de la medicina exercida amb sentit humanista en temps de grans transformacions. Més enllà de les seves responsabilitats institucionals, li agraeixo especialment la seva capacitat d'escolta, la seva generositat i la seva manera d'exercir el lideratge des del diàleg, la prudència i la coherència personal. Per a mi, el Dr. Padrós representa aquesta manera d'entendre la medicina en què el rigor professional i la qualitat humana formen una mateixa realitat, i en què ser metge implica també una determinada manera de veure la professió, de comprometre's amb el seu present per donar-li un futur.

Assumir la direcció de l'Institut Borja de Bioètica-Universitat Ramon Llull ha estat una fita important en la meua trajectòria i un espai privilegiat d'aprenentatge. L'Institut, vinculat a la Universitat Ramon Llull, va ésser el primer centre universitari europeu dedicat a la Bioètica. Recollir el llegat del Dr. Francesc Abel ha significat, alhora, un honor i una gran responsabilitat: continuar una manera

d'entendre la bioètica arrelada en el diàleg, el rigor intel·lectual i el compromís amb la realitat clínica i social.

En aquest context, la meua tasca ha estat orientada a mantenir viu aquest esperit fundacional, promovent espais de reflexió interdisciplinària, formació i recerca, i contribuint a situar la bioètica com una eina imprescindible per pensar la medicina contemporània. Un treball que només ha estat possible gràcies a un equip compromès, amb qui hem compartit la voluntat de fer de la bioètica no només un àmbit de coneixement, sinó també una pràctica al servei de les persones i de la qualitat moral de les decisions en salut. No només per la responsabilitat de direcció, sinó sobretot per l'equip humà amb qui he compartit aquests anys, la seva presidenta la Margarita Bofarull, el director actual, David Lorenzo, i grans companys i mestres com Francisco José Cambra, Joan carrera, Joan Bertran, Francesc Torralba, Jesus Pineda, Marta Pomés, Merçé Lajara, Victoria Cusi, Sabel Gabaldon, entre molts altres entre molts altres, amb qui el diàleg i el treball compartit han estat una font constant d'aprenentatge i estímul intel·lectual.

En l'Institut Borja vam poder desenvolupar recerca bioètica en àmbit de la presa de decisions i competència en el menor, en els conflictes en final de vida, en l'àmbit de la genètica, en la pandèmia i darrerament en l'ètica i la intel·ligència artificial, generant nombrosa literatura i debat. Des de l'Institut també vaig poder participar en àmbit internacional en el Board de l'European Association of Centers of Medical Ethics, així com en les diferents trobades anuals. Destacar la col·laboració a la Universitat de Desarrollo de Chile i el Màster Interuniversitari que em va permetre conèixer millor aquest país, i he tingut també l'oportunitat de compartir camí amb una de les figures clau de la bioètica llatinoamericana, el Dr. Juan Pablo Beca, també pediatre, amb qui malgrat la distància de kilòmetres i edat he pogut trobar una persona amb qui compartim nombrosos punts d'afinitat tant en la mirada clínica com en la manera d'entendre la bioètica.

En la direcció del Màster Universitari en Bioètica i de nombrosos postgraus, he tingut també el privilegi de conèixer molts

estudiants brillants, procedents de disciplines i contextos diversos, que han enriquit profundament la reflexió bioètica. Amb ells he confirmat que la bioètica és, sobretot, una pràctica compartida de pensament, que es construeix en la pregunta, en el contrast de mirades i en el compromís d'afrontar la complexitat amb rigor i humilitat. Destacaria alguns alumnes brillants, que m'han ensenyat més que el que he après com la Dra Carme de Castro o Dra Regina Cardenas.

L'any 2024 em vaig incorporar a la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, i el 2025 en vaig ser nomenada degana. La Facultat integra els estudis d'Infermeria, Fisioteràpia, Nutrició Humana i Dietètica i Farmàcia, i impulsa el nou Grau en Medicina de la Universitat Ramon Llull com a projecte estratègic. Aquest Grau en Medicina neix com una iniciativa compartida i es desenvolupa en col·laboració amb diversos centres de la universitat, com l'Institut Químic de Sarrià, la Facultat d'Enginyeria La Salle, ESADE, l'Institut Borja de Bioètica i l'Institut Vidal i Barraquer. Amb els doctors Jordi Ibañez, Miriam Rodríguez-Monforte, Maria Giné i Lluís Costa, i amb el suport de l'equip de la Fundació Blanquerna, presidit pel Professor Carbonell i amb el Professor Jordi Riera com director general, i amb els companys de Consell de direcció el Dr Marc Franco, Marc Polo i el Dr Enric Xicoy de secretari general. El projecte ha comptat amb el suport i encoratjament del rector, primer del nostre enyorat Professor Josep Rom i posteriorment del Dr. Carles Pérez-Testor, s'ha fet possible la posada en marxa d'aquest projecte acadèmic. Es tracta d'una proposta amb una clara vocació integradora i interdisciplinària, orientada a formar professionals de la salut amb una sòlida base científica, una mirada humanista i un compromís ferm amb els valors de la cura, la responsabilitat social i l'excel·lència professional.

Els comitès d'ètica i grups d'ètica han constituït un eix central de la meua trajectòria, amb una participació activa i sostinguda i amb responsabilitats de lideratge en diferents nivells assistencials, acadèmics i professionals: he estat membre de diversos comitès d'ètica assistencial, com el del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (2007–2020) i el de la Universitat de Lleida, així com d'espais de

reflexió com ALLEM, i alhora he exercit un paper destacat en la creació i com a presidenta del Comitè d'Ètica Assistencial de Sant Joan de Déu Terres de Lleida; en l'àmbit de la recerca, formo part de la Comissió d'Ètica de la Recerca de la Universitat Ramon Llull des de 2014 i he actuat com a Ombudsperson a la Fundació per la Recerca de Sant Joan de Déu, vetllant per la integritat científica, mentre que també participo en grups d'ètica aplicada i bones pràctiques com els de la Unió Catalana d'Hospitals i la SEMFyC.

Pel que fa a la meva vinculació institucional, formo part de la Junta de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, presidida pel Dr. Joan Sala, des d'on contribueixo a les tasques de govern i a la promoció de les activitats científiques i formatives, amb la voluntat de reforçar el seu paper com a espai de trobada, reflexió i impuls del coneixement en l'àmbit de la salut.

Sense oblidar el compromís social. Ja des de l'etapa d'estudiants, aquesta inquietud per una medicina compromesa amb la realitat social ens va portar a impulsar la creació del grup de Medicus Mundi a Catalunya. Va ser una iniciativa nascuda de la convicció que la medicina no podia desvincular-se de les desigualtats globals en salut, ni de la responsabilitat de contribuir a reduir-les.

Posteriorment, a partir de l'any 2004, vam impulsar la creació dels grups d'acompanyament al dol a Lleida, conjuntament amb l'Anna M. Agustí, en el marc d'una associació sense ànim de lucre. Aquest projecte, que s'ha sostingut al llarg de més de vint anys, ha ofert suport a persones que han patit pèrdues profundes, pares i mares que han perdut fills, persones que han perdut la parella, així com infants i joves que han hagut d'afrontar la mort dels seus pares o germans. Paral·lelament, s'ha desenvolupat una important tasca de formació de professionals, amb la voluntat d'estendre una mirada més sensible, preparada i respectuosa davant el patiment per pèrdua, contribuint així a una millor atenció des dels diferents àmbits assistencials i educatius.

Si miro enrere, veig una trajectòria que no ha estat lineal, sinó progressiva, transversal i una mica dispersa: pediatria, bioètica, salut mental infantil, docència, recerca, acompanyament al dol.

Una trajectòria que ha intentat integrar dimensions que no es poden separar sense perdre alguna cosa: la clínica, l'ètica i la comprensió del món relacional dels pacients, especialment dels infants i adolescents.

Hi ha moltes coses a la vida que donem per descomptades, i no ho són. Sovint pensem les trajectòries professionals com si fossin recorreguts estrictament individuals, construïts només a partir de l'esforç, el companys professionals, les decisions o els mèrits personals. Però, de la mateixa manera que en medicina parlem del currículum ocult per referir-nos a tot allò que s'aprèn més enllà dels programes formals, crec que també existeix una mena de biografia oculta: una xarxa de persones que, sovint silenciosament, ens han sostingut, orientat, inspirat i estimat al llarg del camí. Som, en gran part, el resultat d'aquestes mirades que ens han reconegut, d'aquestes mans que ens han acompanyat i d'aquestes presències que han estat allà fins i tot quan nosaltres mateixos dubtàvem. Arribem on arribem gràcies a moltes persones que ens han ofert temps, confiança, consol, exigència, saviesa i afecte.

És impossible no deixar-se ningú, però voldria expressar un agraïment profund i sincer a totes aquelles persones que formen part d'aquesta part invisible del meu currículum però fonamentals, que sostenen la meua vida i la meua trajectòria. Als meus pares, arrels i fonament; als meus fills, esperança i sentit; al meu marit, roca ferma i company de vida; i a tota la meua família. Als meus pacients, infants, adolescents i famílies, per haver-me permès entrar en fragments de les seves vides i per tot allò que m'han ensenyat sobre confiança, esperança, fragilitat i coratge, demanant disculpes també per totes les vegades que no vaig saber trobar les paraules o les respostes adequades. Als companys de treball i de reflexió en el món de la bioètica i de la medicina, per les converses compartides, els desacords fecunds, el suport i la construcció conjunta. Als estudiants, per la seva capacitat constant d'interpel·lar-nos i recordar-nos que educar és també deixar-se transformar. I als amics, els de sempre i els arribats més tard, pels silencis compartits, les rialles, els viatges, les converses i la certesa que la vida, quan és compartida, esdevé molt més habitable.

Per tot això, aquest agraïment no és només retrospectiu. És també una manera de reconèixer que tot allò que he pogut fer ha estat possible gràcies a molts, i que la responsabilitat que avui assumeixo és, en bona part, continuar aquest llegat: cuidar, pensar i ensenyar la medicina com una forma exigent i profundament humana d'estar al món.

L'aprenentatge dels valors i el professionalisme en la medicina en el segle XXI

Índex

La medicina ha canviat més en 25 anys que en 25 segles	18
No sols ha canviat la medicina, ho ha fet també la Societat en que s'exerceix	25
La medicina continua essent una pràctica amb contingut ètic i moral	34
Bioètica, ètica mèdica i professionalisme: els fonaments morals de la pràctica mèdica contemporània.	46
L'erosió de l'empatia, el desgast ètic i els reptes de salut mental en la formació mèdica	58
Educar en valors per sostenir el professionalisme en la medicina del futur.	68

L'aprenentatge dels valors i el professionalisme en la medicina en el segle XXI

La pregunta que voldria compartir avui és, en aparença, senzilla, però en realitat és central: com formem metges en valors en un temps de transformació profunda de la medicina. Perquè si alguna convicció ha anat creixent en mi al llarg dels anys és aquesta: la qüestió dels valors no és un afegit humanístic al marge del currículum, ni una decoració moral que s'incorpora quan ja està resolt l'essencial. És, ben al contrari, una part constitutiva del nucli mateix de la pràctica mèdica.

1. La medicina ha canviat més en 25 anys que en 25 segles

Diego Gracia (1) ha formulat en diverses ocasions una idea que sintetitza amb gran precisió la magnitud del canvi contemporani: *la medicina ha canviat més en 25 anys que en 25 segles*. Lluny de ser una hipèrbole retòrica, aquesta afirmació descriu amb rigor la profunditat de la transformació viscuda en les darreres dècades. La medicina actual es troba immersa en un procés de canvi intens, accelerat i continu, impulsat per la convergència d'avenços tecnològics (com la biologia molecular, la intel·ligència artificial o la medicina personalitzada), descobriments científics de gran impacte i transformacions socials que han redefinit les expectatives i els drets dels pacients. Aquest escenari no només ha modificat les eines i els resultats de la pràctica mèdica, sinó també la seva mateixa naturalesa, els seus valors i la relació amb la societat.

Durant mil·lennis, en canvi, la medicina va evolucionar de manera lenta i sovint erràtica, fortament condicionada per creences culturals, intuïcions o pràctiques amb una base empírica limitada. Aquest llarg període contrasta de manera radical amb la transformació vertiginosa que s'ha produït al llarg del segle XX i inicis del XXI, en que en poques dècades s'ha produït una transformació vertiginosa i profundament disruptiva.

Durant segles i en bona part de la història, la medicina es movia dins d'uns límits molt estrets pel que fa a la seva capacitat real d'intervenir sobre la malaltia. Com recorda Mukherjee (2), abans de la dècada de 1930 resultaria difícil identificar intervencions mèdiques amb un impacte significatiu en el curs natural de les malalties. En aquest context, la pràctica mèdica es podia agrupar, de manera força eloqüent, en tres grans categories, les 3 Ps: el placebo, el pal·liatiu i la purga .

La purga, finalment, simbolitza el paradigma mèdic dominant durant segles, basat en la teoria dels humors. La malaltia s'entenia com un desequilibri intern, entre sang, bilis, flema, que calia corregir mitjançant l'expulsió de substàncies del cos: sagnies, emètics, laxants o l'ús de sangoneres. Aquestes pràctiques, que avui considerem no només ineficaces sinó sovint perjudicials, tenien una coherència interna dins del marc conceptual de l'època. La purga ens recorda que la medicina no només depèn de la tecnologia disponible, sinó també dels models teòrics que orienten la interpretació de la malaltia i les decisions terapèutiques.

El placebo representava, en molts casos, la resposta davant la manca de recursos terapèutics efectius. No es tractava només d'un "engany" o d'una pràctica menor, sinó d'una expressió de la relació terapèutica mateixa: el poder de la paraula, de la presència del metge, de l'esperança. Molts tractaments administrats al llarg de la història no tenien una eficàcia farmacològica demostrable, però podien produir alleujament real a través de mecanismes psicològics i simbòlics.

El pal·liatiu, per la seva banda, expressa una altra dimensió fonamental de la medicina: la cura quan la curació no és possible. Durant segles, gran part de l'activitat mèdica consistia a alleujar el dolor, acompanyar el pacient i intentar millorar la seva qualitat de vida sense poder modificar l'evolució de la malaltia. Analgèsics rudimentaris, cures de suport o mesures de confort, entre altres, tot plegat formava part d'una medicina que, encara que limitada en la seva eficàcia causal, no era en cap cas irrellevant.

Aquest esquema de les “tres P” no pretén simplificar la complexitat de la medicina premoderna, però sí que permet entendre fins a quin punt és recent la medicina que avui considerem “moderna”. La irrupció del mètode científic, la teoria microbiana, els antibiòtics, les vacunes i, posteriorment, la medicina basada en l’evidència van transformar radicalment aquest escenari (3). Per primera vegada, la medicina començava a disposar d’intervencions capaces d’alterar de manera consistent el curs de la malaltia.

El pas d’una medicina limitada cap a una medicina capaç de modificar realment el curs de la malaltia no va ser sobtat ni lineal, sinó el resultat d’un llarg procés de maduració del coneixement científic. Durant segles, la pràctica mèdica es va sostenir en marcs interpretatius limitats i en recursos terapèutics escassos, però també en una relació clínica carregada de significat i confiança. Aquest substrat, amb totes les seves limitacions, va preparar, en certa manera, el terreny per a la gran transformació posterior: quan la medicina va començar a disposar d’eines efectives, ho va fer sobre una pràctica que ja havia desenvolupat formes d’acompanyament, interpretació i resposta al patiment.

La denominada *Golden Age* (3,4) de la medicina representa precisament el moment en què aquesta base històrica es troba amb una explosió de coneixement científic i capacitat tecnològica. Aquest canvi no només va transformar els resultats clínics, sinó també la identitat mateixa de la medicina i les expectatives que la societat hi dipositava.

Un dels elements més visibles d’aquesta revolució és l’aparició dels antibiòtics, amb la penicil·lina com a símbol fundacional (5). Per primera vegada en la història, infeccions que havien estat durant segles causes principals de mort, com sèpsies, pneumònies, ferides infectades, esdevenien tractables. La introducció posterior d’altres antibiòtics, com l’estreptomina, va ampliar aquest impacte, permetent abordar malalties com la tuberculosi, que havien marcat profundament la història social i cultural.

En paral·lel, les vacunes van constituir un altre dels pilars fonamentals d’aquesta transformació. Si els antibiòtics representaven

la capacitat de tractar la malaltia, les vacunes simbolitzaven la possibilitat de prevenir-la. La seva evolució, des de les primeres intuïcions de Jenner fins als programes globals d'immunització del segle XX, va culminar en fites com l'erradicació de la verola i la pràctica desaparició de malalties com la poliomielitis en àmplies regions del món. Aquest èxit no pot desvincular-se dels sistemes de salut pública, de les polítiques de vacunació massiva i de la confiança social en la ciència (3).

Tota la farmacologia va experimentar un desenvolupament extraordinari, expandint el seu abast molt més enllà del camp inicial de les infeccions. L'aparició de nous tractaments en àmbits com l'oncologia, l'endocrinologia o la psiquiatria ha ampliat de manera decisiva les possibilitats terapèutiques. La introducció de la clorpromazina, per exemple, va suposar un autèntic punt d'inflexió en el tractament de les malalties mentals, en permetre per primera vegada una estabilització clínica efectiva i propiciar un canvi profund en els models assistencials. De manera similar, el desenvolupament de la quimioteràpia i dels tractaments hormonals va obrir la porta a noves formes d'intervenció sobre processos complexos i sovint crònics, consolidant una medicina cada vegada més capaç d'incidir en els mecanismes íntims de la malaltia.

Un tercer eix essencial és el desenvolupament de la tecnologia mèdica i diagnòstica. L'aparició de la radiologia, les tècniques d'imatge, els laboratoris clínics i, més endavant, la biologia molecular, han transformat la manera d'entendre la malaltia. Ja no es tracta només d'observar símptomes, sinó d'identificar mecanismes, biomarcadors i processos subjacents. Aquesta capacitat diagnòstica ha anat de la mà d'una creixent precisió terapèutica, configurant una medicina cada vegada més personalitzada.

Un altre àmbit clau és el de la cirurgia i les cures intensives. Els avenços en anestèsia, tècniques quirúrgiques i control postoperatori han permès intervencions abans impensables: cirurgia cardíaca, trasplantaments, reemplaçaments articulars. La creació de les unitats de cures intensives, en resposta inicial a situacions com les epidèmies

de poliomielitis, va introduir una nova manera de gestionar la gravetat i la fragilitat extrema, consolidant una medicina capaç de sostenir la vida en situacions límit.

Tanmateix, reduir els grans avenços a l'àmbit estrictament biomèdic seria una simplificació. Alguns dels progressos més determinants en termes de salut poblacional provenen de la salut pública: el sanejament de l'aigua, la millora de les condicions d'higiene, la nutrició, la seguretat laboral o la prevenció d'accidents. Aquests factors han tingut un impacte profund en la reducció de la mortalitat i en l'augment de l'esperança de vida, sovint superior al de molts tractaments mèdics específics. La medicina moderna, en aquest sentit, no és només el resultat de laboratoris i hospitals, sinó també de polítiques socials i infraestructures col·lectives.

L'any 2007, el *British Medical Journal* (6,7), una de les revistes mèdiques de major prestigi internacional, va impulsar un exercici de reflexió col·lectiva convidant els seus lectors a identificar els avenços més rellevants en medicina des de la seva fundació l'any 1840. A partir de setanta propostes inicials, un grup d'experts en va seleccionar quinze de finalistes, entre les quals figuraven descobriments i desenvolupaments tan diversos com els antibiòtics, l'anestèsia, les tècniques d'imatge, la teoria microbiana, les vacunes, la medicina basada en l'evidència o els anticossos monoclonals, fet que posa de manifest la naturalesa plural i multidimensional del progrés mèdic. La votació posterior, amb la participació de més d'onze mil lectors, va situar en primer lloc el sanejament de l'aigua, per davant del descobriment dels antibiòtics i del desenvolupament de l'anestèsia. Aquest resultat, lluny de ser anecdòtic, subratlla el paper determinant de les intervencions de salut pública, especialment l'accés a l'aigua potable i la correcta gestió de les aigües residuals, en la millora de la salut de la població, i recorda que els avenços més decisius no sempre es troben en la sofisticació tecnològica, sinó en aquelles mesures capaces de transformar estructuralment les condicions de vida.

Podem deduir, doncs, que els grans avenços de la medicina al segle XX no van ser fruit de descobriments aïllats, sinó el resultat

acumulatiu de centenars de contribucions procedents de diverses disciplines, com la química, la biologia o la fisiologia, en el marc d'un context històric singular marcat per les dues guerres mundials. La Primera Guerra Mundial va impulsar desenvolupaments significatius en camps com la cirurgia, l'anestèsia i l'atenció a les emergències, mentre que la Segona Guerra Mundial va actuar com un autèntic catalitzador de la innovació mèdica, accelerant de manera extraordinària la recerca i l'aplicació clínica. La necessitat urgent de tractar ferits i controlar infeccions va propiciar avenços decisius, com la producció massiva d'antibiòtics, la millora de les tècniques quirúrgiques i la consolidació de les unitats de cures intensives. En la postguerra, el període de reconstrucció va afavorir una nova etapa d'expansió de la recerca mèdica, sustentada en inversions públiques, en la col·laboració entre universitats, hospitals i indústria farmacèutica, i en el desplegament dels sistemes de salut pública (8,9).

No es pot deixar de mencionar, com a element clau en aquesta transformació, el desenvolupament del mètode científic en medicina. Tal com assenyala James Le Fanu (9), abans de mitjan segle XX el coneixement mèdic es fonamentava principalment en la saviesa acumulada de la pràctica clínica, i la possibilitat d'avaluar objectivament l'eficàcia dels tractaments era encara incipient. La introducció dels assaigs clínics controlats i aleatoritzats, així com l'ús sistemàtic de l'estadística, van transformar la manera d'avaluar els tractaments. La medicina deixava de basar-se principalment en l'experiència o l'autoritat per fonamentar-se en proves contrastables i reproductibles. Aquest canvi metodològic no només va millorar la qualitat del coneixement, sinó que va redefinir els criteris de veritat i legitimitat dins de la pràctica mèdica (10).

Els primers estudis amb estadístics rigorosos, sobre la curabilitat de la tuberculosi i la relació entre tabaquisme i càncer de pulmó, van marcar un punt d'inflexió decisiu, consolidant una nova manera d'entendre la "veritat científica". En aquest procés, la figura de Sir Austin Bradford Hill (11) resulta fonamental: pioner en l'establiment dels assaigs clínics controlats i aleatoritzats, va

impulsar un model metodològic basat en l'observació sistemàtica, la formulació d'hipòtesis, l'experimentació controlada i l'anàlisi crítica dels resultats. El seu assaig sobre l'estreptomicona en la tuberculosi (1948) constitueix una fita fundacional de la recerca clínica moderna, mentre que els seus estudis epidemiològics amb Richard Doll van aportar evidència sòlida sobre els riscos del tabaquisme i van contribuir a la formulació dels criteris de causalitat que encara avui orienten la investigació en salut pública. Gràcies a aquesta transformació metodològica, la medicina va poder superar pràctiques basades en la tradició o l'autoritat, distingint entre intervencions eficaces i aquelles ineficients o potencialment nocives, i consolidant així el paradigma de la medicina basada en l'evidència que sustenta la pràctica contemporània.

En aquest context de transformacions profundes, el progrés mèdic no pot ser interpretat únicament en termes d'eficàcia o de capacitat tècnica, sinó també pel seu impacte sobre la naturalesa mateixa de la pràctica clínica. Aquest canvi no és sols quantitatiu, sinó profundament qualitatiu: en menys d'un segle, la medicina ha passat d'un conjunt limitat d'intervencions, sovint d'eficàcia incerta, a una disciplina basada en l'evidència i capaç d'actuar amb una precisió sense precedents sobre els mecanismes de la malaltia. Aquesta expansió ha ampliat extraordinàriament els seus límits, però també ha introduït una complexitat creixent en la presa de decisions, en les expectatives socials i en l'organització dels sistemes de salut. Assumir aquesta complexitat és imprescindible per evitar visions simplistes del progrés i per entendre que cada avenç comporta noves responsabilitats i nous interrogants.

En aquest sentit, el llegat de la denominada *Golden Age* no es redueix a l'expansió del coneixement o a l'augment de les possibilitats terapèutiques, sinó que interpel·la directament els fonaments de la medicina. La tensió entre el que és tècnicament possible i el que és humanament desitjable, entre innovació i sentit, o entre la capacitat d'intervenció i el deure de cuidar, esdevé central en la pràctica contemporània.

Com advertia Pellegrino (12), *per primera vegada la medicina pot curar sense tenir cura, però l'experiència de ser curat està ontològicament lligada al fet de ser cuidat*, una tensió que il·lustra amb claredat els riscos d'una pràctica excessivament tecnificada. És en aquest espai on emergeix amb força la necessitat de repensar els valors que han d'orientar la medicina en un entorn canviant, i que constitueixen, en última instància, el nucli que dona coherència i sentit a la professió.

2. No sols ha canviat la medicina, ho ha fet també la Societat en que s'exerceix

No ha canviat sols la medicina, ha canviat profundament, en aquest mateix període, la Societat en la que s'exerceix. En les darreres dècades, la societat ha experimentat una transformació profunda que pot descriure's com el pas d'un model de "codi únic" a un model de "codis múltiples". Si en etapes anteriors predominava un marc de valors relativament homogeni, compartit i sovint sostingut per tradicions culturals, religioses o socials comunes, avui ens trobem en un context marcadament pluralista, en què conviuen diverses concepcions del bé, de la vida i de la salut. Aquesta diversitat no només reflecteix una major complexitat social, sinó també una ampliació de la llibertat individual i del reconeixement de la diferència, que transforma les expectatives i les demandes que la ciutadania dirigeix a les institucions, inclosa la medicina .

Aquest canvi de paradigma ha anat acompanyat d'una transformació en les formes d'autoritat i en les estructures socials. Les jerarquies tradicionals, més rígides i verticals, han deixat pas a models més horitzontals, flexibles i negociats, en què el coneixement ja no es percep com un patrimoni exclusiu de l'expert, sinó com un bé accessible i qüestionable. La irrupció de la informació digital, l'augment del nivell educatiu i la consolidació dels drets individuals han configurat una ciutadania més informada, més crítica i més exigent, que reclama participar activament en les decisions que afecten la seva salut i el seu projecte vital.

En aquest nou context social, la relació metge-pacient ha experimentat una transformació profunda. Siegler resumeix molt bé les diferents “edats de la medicina”: la primera edat és la del paternalisme, en què el metge concentra l'autoritat, que exerceix com un pare, i assumeix la responsabilitat de les decisions, basant-se en el seu coneixement i en la idea que actua en el millor interès del pacient. En aquest marc, el pacient adopta un rol fonamentalment passiu i en una clara asimetria de poder. Malgrat les possibilitats mèdiques eren molt baixes, hi havia una confiança plena en la figura del metge, associat a un paper important per part de la família.

La segona edat de la medicina arriba en la dècada dels anys 60 del segle passat i és l'edat de l'autonomia, en què es produeix un desplaçament del centre de decisió cap al pacient. Es reconeix la seva capacitat per decidir sobre la pròpia salut, i es consoliden principis com el consentiment informat i el respecte pels seus valors i preferències. En aquest context, es consoliden principis com el consentiment informat, el respecte pels valors i preferències individuals i la consideració del pacient com a subjecte moral actiu, capaç de participar de manera significativa en la presa de decisions clíniques.

Aquest canvi implica, alhora, una modificació subtil però rellevant en l'equilibri de poder, que es desplaça progressivament del professional cap al pacient, mentre que la relació clínica, tot i mantenir en alguns casos la seva dimensió diàdica tradicional, es veu cada vegada més integrada en dinàmiques de treball en equip i en estructures assistencials més complexes.

Aquesta transformació es veu reforçada per l'eclosió legal de la doctrina consentiment informat i, de manera paral·lela, pel desenvolupament de pràctiques de medicina defensiva, així com per una orientació, impulsada des de determinats sectors de la bioètica i del dret, que tendeix a atribuir al pacient el control sobre les decisions clíniques, encara que no sempre la responsabilitat plena que aquestes comporten. Fins i tot, una interpretació més extrema, el metge passa a exercir un rol predominantment informatiu i instrumental, posant les seves habilitats clíniques al servei de les indicacions o preferències

expressades pel pacient, evitant en la mesura del possible influir en les seves decisions i, encara menys, substituir-les.

La relació clínica en general en aquesta edat hauria de ser un espai més deliberatiu, participatiu i formalment respectuós amb l'autonomia, però també més exigent i complex, en què es redefeixen de manera constant els límits entre autonomia, responsabilitat i criteri professional.

Alhora, aquesta evolució comporta noves exigències per al professional sanitari doncs cal desenvolupar més habilitats comunicatives, capacitat d'escolta, sensibilitat ètica i comprensió de la diversitat cultural i social, doncs ha de saber gestionar la incertesa, negociar opcions terapèutiques i acompanyar decisions complexes, sovint en contextos de vulnerabilitat. En aquest sentit, la relació clínica hauria d'esdevenir un espai de responsabilitat compartida, en què el respecte per l'autonomia no implica abdicar del judici professional, sinó exercir-lo d'una manera dialogada i prudent.

Però Siegler comenta que no estem ja en l'edat de l'autonomia, sinó en l'edat de la burocràcia, que es caracteritza per una creixent influència de factors institucionals i organitzatius en la pràctica mèdica, en un context marcat per l'augment del cost i de la complexitat de l'atenció sanitària. Les decisions ja no depenen exclusivament del metge i del pacient, sinó que estan condicionades per protocols, recursos disponibles i criteris d'eficiència, en un sistema on el finançament recau majoritàriament en entitats públiques o privades. Això ha introduït en el llenguatge i en la pràctica mèdica conceptes com eficiència, contenció de la despesa o la rendibilitat, que conviuen, no sense tensió, amb l'orientació tradicional al bé del pacient.

En aquest marc, es produeix un desplaçament progressiu del poder cap a les estructures de gerència i administració, que guanyen pes en la definició de prioritats i en la regulació de la pràctica clínica. La relació diàdica entre metge i pacient es dilueix en entorns més col·lectius i organitzats, mentre que el professional es veu sovint sotmès a lleialtats dividides, havent de conciliar les exigències d'eficiència i sostenibilitat del sistema amb la responsabilitat d'oferir una atenció personalitzada i centrada en la persona.

En conseqüència, la presa de decisions deixa d'estar exclusivament en mans del metge o del pacient i passa a estar fortament influïda per criteris institucionals i socials, sovint vinculats a limitacions econòmiques o a prioritats polítiques. Tant el paternalisme com l'autonomia es veuen així relativitzats per una nova lògica en què el bé del pacient es pondera amb altres béns col·lectius, configurant un escenari més complex que redefineix la relació clínica i planteja nous reptes ètics i professionals. La primera era l'edat del metge, la segona l'edat del pacient i la tercera és l'edat del gestor.

Adquireix també una importància creixent la necessitat de registrar de manera sistemàtica i exhaustiva l'activitat clínica, tant per a la presa de decisions com per a finalitats de control, avaluació i gestió. Els professionals assumeixen així una funció de registre que s'integra dins de la seva pràctica quotidiana i que, en molts casos, pot arribar a desplaçar altres activitats clíniques de major valor relacional (14-17). L'emergència de la història clínica informatitzada ha facilitat i, alhora, intensificat aquesta dinàmica: més enllà de la seva funció tradicional de documentació assistencial, esdevé una eina al servei de múltiples finalitats, administratives, legals, econòmiques, presa de decisions o de qualitat, que comporten un desplaçament del temps disponible i una sobrecàrrega afegida per als professionals.

En aquesta darrera edat de la medicina es produeix un fenomen associat que és la progressiva corporativització de la professió mèdica. El metge, tradicionalment percebut com un professional amb un alt grau d'autonomia, reconeixement social i capacitat d'autoregulació, s'insereix avui en estructures organitzatives cada vegada més complexes, burocratitzades i jerarquitzades. L'exercici professional es desenvolupa sovint sota condicions marcades per la pressió assistencial, la limitació de temps, la protocol·lització de les decisions i una autonomia progressivament restringida, en un entorn en què les lògiques de gestió i eficiència poden entrar en tensió amb les necessitats pròpies de la relació clínica.

En el context actual, marcat pel predomini del que s'ha descrit com aquesta edat de la burocràcia, la pregunta sobre si té sentit parlar de professionalisme mèdic adquireix una rellevància particular. Tal com apunta Helios Pardell (18), el professionalisme no desapareix, però es veu sotmès a tensions profundes derivades de la transformació del sistema sanitari. Entre les principals amenaces destaquen la pèrdua d'autonomia professional, la subordinació creixent a estructures organitzatives i la dependència de criteris externs, econòmics, administratius o polítics, en la presa de decisions. En aquest escenari, el metge deixa de ser l'únic referent clínic i passa a integrar-se en un entramat institucional complex, fet que redefineix el seu marge d'acció i pot diluir la seva responsabilitat individual.

Aquesta nova realitat connecta directament amb les característiques de l'edat de la burocràcia i posa de manifest altres riscos rellevants per al professionalisme. D'una banda, la primacia de l'eficiència i del control de costos tendeix a desplaçar la centralitat del pacient com a criteri principal de decisió. De l'altra, la protocol·lització i estandardització de la pràctica clínica poden limitar el judici clínic i la capacitat de personalitzar l'atenció. A això s'hi afegeix la fragmentació de l'atenció i la dilució de la relació metge-pacient, així com la sobrecàrrega burocràtica, que redueix el temps dedicat a la cura directa. Tot plegat configura un escenari de lleialtats dividides, en què el professional ha de conciliar demandes sovint contradictòries entre el sistema i el pacient (19,20).

Aquesta tensió es veu agreujada pel desajust entre les expectatives socials i les condicions reals d'exercici professional, allò que Richard Smith (21) va descriure com un "fals contracte social". Segons aquest model, els pacients tendeixen a atribuir a la medicina una capacitat gairebé il·limitada per resoldre problemes fins i tot aquells de naturalesa social o existencial,, mentre que els professionals són conscients dels límits, riscos i incerteses inherents a la pràctica mèdica. Aquesta asimetria genera frustració en ambdues parts i contribueix a un malestar estructural, que només pot ser resolt mitjançant un nou contracte més realista, basat en el reconeixement compartit de la finitud, la incertesa i la corresponsabilitat en la cura.

En aquest context de tensions creixents sobre el professionalisme, el concepte de contracte social entre la medicina i la societat adquireix una importància central. Tal com assenyalava Jovell (22), aquest contracte implícit havia garantit històricament a la professió mèdica un estatus singular, amb reconeixement social, autonomia i capacitat d'autoregulació, a canvi d'un compromís amb el bé del pacient i amb la salut col·lectiva. No obstant això, aquest equilibri s'ha vist progressivament erosionat en un entorn caracteritzat per la burocratització, la pressió assistencial i la limitació creixent de l'autonomia professional, posant en qüestió la vigència d'aquest pacte i evidenciant la necessitat de redefinir-lo en el marc de les noves condicions socials i organitzatives .

En aquest sentit, Jovell (23) descriu com els sistemes sanitaris es troben immersos en un procés de canvi social sense precedents, impulsat per múltiples “transicions”, demogràfiques, epidemiològiques, tecnològiques, econòmiques, mediàtiques o ètiques, que redefeixen tant les necessitats de salut com les expectatives de la ciutadania. Aquestes transformacions configuren un nou escenari en què el professional ha d'assumir rols diversos com gestor de recursos, garant de qualitat, educador o assessor i en què emergeix una pluralitat de valors sovint en tensió. En aquest marc, el professionalisme ja no pot fonamentar-se únicament en el model hipocràtic tradicional, sinó que requereix incorporar nous elements com la rendició de comptes, la deliberació i la responsabilitat compartida en la presa de decisions, especialment en situacions en què entren en conflicte els valors individuals i els col·lectius.

En paral·lel, Danielle Ofri (24) aporta una lectura complementària en descriure no només una crisi en la relació entre medicina i societat, sinó també una fractura en el “pacte” intern entre els metges i la pròpia professió. Segons Ofri, la creixent corporatització i industrialització de la medicina ha transformat els professionals en peces d'un sistema orientat a l'eficiència i al rendiment, sovint allunyat dels valors que havien motivat la seva vocació. Aquest procés genera una sensació profunda de traïció i pèrdua de sentit, en què els metges no tant es troben esgotats per la

cura dels pacients, sinó per la dificultat de poder exercir-la d'acord amb els seus ideals. Així, la crisi del professionalisme no és només una qüestió de condicions laborals, sinó una qüestió de confiança i de coherència entre els valors proclamats i la realitat de la pràctica.

Com vam comentar amb el Dr Terés (25), una de les principals fonts de tensió és el desajust entre les expectatives socials i les condicions reals d'exercici professional, allò que alguns autors han descrit com un “fals contracte social”. La societat continua projectant sobre la medicina una expectativa de resolució gairebé il·limitada, fins i tot davant problemes socials o existencials, mentre que els professionals desenvolupen la seva tasca en contextos marcats per la sobrecàrrega, la precarietat i la limitació de recursos. En aquest marc, el malestar professional no pot reduir-se únicament al burnout entès com a esgotament, sinó que, com apunta Danielle Ofri, reflecteix una experiència més profunda de decepció o de “traïció” respecte a la promesa implícita de la professió, en la mesura que l'exercici real s'allunya dels ideals que havien donat sentit a la vocació mèdica .

Davant d'aquesta situació, es fa imprescindible una reformulació del contracte social que permeti alinear de manera més coherent els valors, les expectatives i les responsabilitats entre professionals, institucions i societat. Tal com proposa Jovell (23), aquest nou contracte hauria d'articular-se al voltant de principis com la solidaritat, la responsabilitat compartida, la justícia social i la subsidiarietat, i hauria de facilitar processos de deliberació col·lectiva que permetin gestionar els conflictes de valors inherents a la pràctica mèdica (26). Només a través d'aquesta nova articulació, més explícita, equilibrada i orientada al bé comú, serà possible sostenir un professionalisme viu i significatiu en l'actual edat de la burocràcia.

Davant d'aquesta situació, es fa imprescindible una reformulació del contracte social que permeti alinear de manera més coherent els valors, les expectatives i les responsabilitats entre professionals, institucions i societat. Això implica, d'una banda, recuperar espais d'autonomia, reforçar el lideratge clínic i garantir

condicions dignes d'exercici; i, de l'altra, promoure una visió més realista de les possibilitats i límits de la medicina, incorporant la finitud, la incertesa i la vulnerabilitat com a elements constitutius de la vida. Només a través d'aquesta nova articulació, més equilibrada i honesta, serà possible sostenir un professionalisme viu i significatiu en l'actual edat de la burocràcia.

En aquest context, el risc no és només la despersonalització de la relació amb el pacient, sinó també la progressiva erosió del professionalisme mèdic. Recuperar espais d'autonomia, reforçar el lideratge clínic i garantir condicions dignes d'exercici esdevenen elements clau no només per al benestar dels professionals, sinó també per a la qualitat de l'atenció. Perquè, en última instància, la qualitat de la medicina depèn tant dels avenços científics com de les condicions en què aquests són aplicats, i de la capacitat dels professionals per exercir la seva pràctica amb responsabilitat, criteri i compromís amb el bé del pacient.

En cada cultura, la medicina es fonamenta sobre una subestructura conceptual que en modela profundament el caràcter, el mètode i la pràctica, alhora que contribueix a definir el seu ethos, la seva ètica i la seva ideologia (26). Aquests elements no constitueixen únicament un marc teòric abstracte, sinó que estableixen les coordenades des de les quals s'interpreta què és la medicina, quins són els seus objectius i com s'han de prendre les decisions en la pràctica clínica. En aquest sentit, aquesta subestructura conceptual condiona no només l'exercici professional, sinó també la manera com la medicina és percebuda socialment, així com la naturalesa de les relacions que s'estableixen entre professionals de la salut, pacients i institucions sanitàries.

A més, aquesta configuració no és estàtica ni universal, sinó que varia de manera significativa en funció del context històric, social i cultural en què es desenvolupa. Cada societat articula una determinada comprensió de la salut, la malaltia i la cura, que reflecteix els seus valors, creences i tradicions, i que influeix tant en les expectatives dipositades sobre el metge com en el paper

que s'atribueix al pacient. Així, mentre en alguns contextos es pot privilegiar una visió més paternalista de la pràctica mèdica, en d'altres es posa l'accent en l'autonomia i la participació activa del pacient, generant models diversos de relació assistencial.

En conseqüència, entendre la medicina com una pràctica culturalment situada permet reconèixer que els seus fonaments ètics i conceptuals no són independents del context, sinó que es construeixen en diàleg amb la societat en què s'inscriu. Aquesta perspectiva no només enriqueix la comprensió de la medicina, sinó que també obliga a una actitud crítica i reflexiva per part dels professionals, que han de ser capaços d'identificar els pressupòsits que orienten la seva pràctica i d'adaptar-los a contextos canviants sense perdre de vista els valors fonamentals que sustenten la cura de la persona.

Tanmateix, lluny de perdre sentit, el professionalisme esdevé encara més necessari en aquest context precisament com a resposta a aquestes amenaces. Davant la pèrdua d'autonomia, la pressió institucional i el risc de deshumanització, el professionalisme ha d'actuar com a marc de resistència i orientació, reafirmant valors com la responsabilitat, la integritat, la primacia del pacient i el judici clínic prudent. El repte no és tant preservar un model passat, sinó reformular el professionalisme en condicions de complexitat, garantint que, malgrat les limitacions del sistema, la medicina continuï essent una pràctica moralment orientada i centrada en la persona.

3. La medicina continua essent una pràctica amb contingut ètic i moral

Aquests profunds canvis en la medicina no només han ampliat les capacitats tècniques, sinó que han modificat profundament la seva naturalesa. Han desplaçat els límits del que és possible, han generat noves expectatives socials i han introduït noves tensions: entre curar i cuidar, entre tecnologia i humanitat, entre possibilitat i límit. Comprendre aquesta complexitat és essencial per no reduir la

història de la medicina a una narrativa de triomf, sinó per entendre-la com un procés dinàmic, ple de llums i ombres, que continua configurant el nostre present.

Ha canviat la ciència, amb una acceleració tecnobiomèdica extraordinària; ha canviat la societat, més informada, més exigent i més conscient dels seus drets; ha canviat la relació clínica, amb el pas progressiu del paternalisme cap a formes més deliberatives i participades; han canviat les institucions, cada vegada més complexes, més gerencials i més burocratitzades; i ha canviat, finalment, la professió mateixa, situada en un entorn de decisions més distribuïdes, de tecnologies més presents i d'expectatives socials sovint més altes i més contradictòries.

Si la medicina ha canviat tant, també ha canviat la manera com entenem què és ser metge. I si ha canviat la professió, cal repensar amb profunditat com eduquem avui els seus valors. Perquè el risc del nostre temps no és només la tecnificació, sinó una certa desorientació sobre què ha de romandre quan gairebé tot sembla moure's.

Tanmateix, enmig d'aquestes múltiples transformacions, hi ha alguna cosa que no ha desaparegut. La medicina continua essent una pràctica amb contingut moral perquè continua tractant amb persones. No tracta només amb òrgans, dades, biomarcadors o protocols, sinó amb vides concretes, fràgils, vulnerables i irrepetibles. Cada acte mèdic incorpora implícitament una determinada idea del bé del pacient; cada decisió clínica pondera riscos, beneficis, límits, valors i contextos.

La medicina no pot ser concebuda com una ciència en sentit estricte, sinó més aviat com una pràctica complexa de base científica que integra, de manera inseparable, dimensions relacionals i ètiques-morals. Aquesta naturalesa híbrida evidencia que la seva identitat no es construeix exclusivament a partir del coneixement objectivable ni de l'aplicació de tècniques, sinó també a partir d'un profund arrelament en valors humans essencials que orienten l'acció. El saber científic proporciona criteris, límits i possibilitats d'intervenció, però esdevé insuficient per si sol davant la complexitat de les situacions clíniques,

que impliquen sempre persones concretes, amb trajectòries vitals, expectatives i formes singulars de viure la malaltia. En aquest sentit, la medicina es configura com una pràctica que articula coneixement, judici clínic i responsabilitat moral, i que només pot ser compresa plenament des d'aquesta interrelació dinàmica entre ciència, relació i ètica.

Des d'una perspectiva històrica i conceptual, l'exercici de la medicina s'ha sostingut sobre una estructura de triple confiança que en fonamenta la legitimitat, tal com l'ha definit Lain Entralgo (28). En primer lloc, existeix una confiança en la capacitat de la medicina per intervenir de manera eficaç en el procés de la malaltia, ja sigui mitjançant la curació, l'alleujament o la pal·liació del patiment, la qual cosa remet a la seva orientació teleològica cap al bé del pacient. En segon lloc, aquesta confiança es projecta sobre el coneixement i la competència tècnica del professional, pressuposant que les decisions clíniques es basen en criteris rigorosos, en l'evidència científica i en una formació adequada. Finalment, hi ha una confiança en el metge com a subjecte moral, en la seva integritat, prudència i capacitat de discerniment, així com en el seu compromís amb valors com l'empatia, la confidencialitat i el respecte per la dignitat del pacient.

Aquest entramat de confiança no només és indispensable per al funcionament adequat de la relació assistencial, sinó que constitueix també el fonament del reconeixement social de la medicina com a professió dotada d'una autoritat específica. La credibilitat de la medicina no depèn únicament dels seus resultats tècnics o dels avenços científics, sinó també de la percepció col·lectiva que els professionals actuen guiats per principis i valors orientats al bé comú. Quan aquesta confiança es manté i es reforça, es consolida el vincle entre medicina i societat; en canvi, quan es veu erosionada, no només es compromet l'eficàcia de la pràctica clínica, sinó també la legitimitat mateixa de la professió en l'espai públic.

És en aquest marc on es fa particularment evident la necessitat d'una reflexió sistemàtica sobre l'ètica mèdica. Si la confiança

constitueix el pilar que sosté tant la relació metge-pacient com el contracte social de la medicina, resulta imprescindible garantir que els professionals no només disposin de competències tècniques adequades, sinó també d'una sòlida formació moral que orienti la seva pràctica. L'ètica mèdica no pot ser entesa, per tant, com un afegit extern o accessori, sinó com una dimensió constitutiva de la medicina mateixa, destinada a preservar la confiança, a guiar la presa de decisions en contextos complexos i a assegurar que la pràctica mèdica continuï essent, en essència, una activitat al servei de la persona i del seu benestar integral.

Ortega y Gasset (29) descrivia aquesta relació entre pràctica i ciència des d'un context històric molt diferent de l'actual, en un moment en què la medicina encara no havia experimentat l'explosió tecnològica i científica contemporània, i ho feia amb paraules que presenten una enorme intuïció de l'esdevenir: *“Si resumimos el sentido de las relaciones entre profesión y ciencia, nos encontramos con algunas ideas claras. Por ejemplo, que la Medicina no es una ciencia. Es precisamente una profesión, una actividad práctica. Como tal, significa un punto de vista distinto del de la ciencia. Se propone curar o mantener la salud en la especie humana. A este fin echa mano de cuanto parezca a propósito: entra en la ciencia y toma de sus resultados cuanto considera eficaz; pero deja el resto. Deja de la ciencia sobre todo lo que es más característico: la fruición por lo problemático. Bastaría esto para diferenciar radicalmente la Medicina de la ciencia. Esta consiste en un “prurito” de plantear problemas. Cuanto más sea esto, más puramente cumple su misión. Pero la Medicina está ahí para afrontar soluciones. Si son científicas, mejor. Pero no es necesario que lo sean. Pueden proceder de una experiencia milenaria que la ciencia aún no ha explicado, ni siquiera consagrado”*.

El mateix filòsof continuava d'una forma més crítica amb l'esdevenir de la Medicina, advertint del risc d'una excessiva identificació amb la ciència i d'una possible pèrdua de la seva especificitat pràctica i professional: *“En los últimos cincuenta años, la Medicina se ha dejado arrollar por la ciencia, e infiel a su misión, no ha sabido afirmar debidamente su punto de vista profesional.*

Ha cometido el pecado de toda esa época: no aceptar su destino, bizquear, querer ser lo otro -en este caso, querer ser ciencia pura. No confundamos, pues; la ciencia, al entrar a la profesión, tiene que desarticularse como ciencia, debe tenerse en cuenta como técnica profesional. Y si esto es así, también debe tenerse en cuenta para la enseñanza de las profesiones."

Tanmateix, cal tenir en compte que aquestes reflexions s'inscriuen en el context de 1930, i que, si bé són útils per subratllar la dimensió pràctica i finalista de la medicina, avui resulten parcials si no s'interpreten críticament. La visió d'una medicina que "echa mano" selectivament de la ciència externa no reflecteix la profunda interdependència i simbiosi que actualment existeix entre ambdues: la pràctica clínica no només aplica coneixement, sinó que també genera preguntes, dades i recerca, mentre que els avenços científics, sovint sorgits de la mateixa medicina, constitueixen la base de la pràctica moderna, tal com evidencia la medicina basada en l'evidència. Així mateix, la idea que la medicina defuig allò "problemàtic" subestima el paper central de la investigació mèdica, tant clínica com epidemiològica, en la comprensió profunda de les malalties, més enllà de la simple aplicació de solucions preexistents; avui, la ciència i el seu mètode no són instruments externs, sinó elements integrats en el nucli mateix de la medicina.

Per això, reduir la medicina a un mer exercici tècnic o científic és empobrir-ne la naturalesa. La competència científica és indispensable, però no és suficient. Cal també la capacitat de reconèixer l'altre, d'interpretar una situació, d'assumir responsabilitat i de deliberar amb prudència. La medicina no és només una professió de coneixement; sinó és també una professió de judici.

Aquesta idea es comprèn encara millor si entenem que la pràctica mèdica es desplega sempre en situacions concretes, irrepetibles i carregades de significat humà, on les decisions no poden derivar-se mecànicament del coneixement científic. El saber mèdic orienta, però no determina per si sol l'acció: cal interpretar-lo a la llum de la singularitat de cada pacient i del context en què es

troba. Així, el metge no actua només com a aplicador de tècniques, sinó com a agent moral que ha de discernir què és el millor en cada cas, integrant evidència, experiència i valors. És en aquest espai de deliberació, entre el que es pot fer i el que s’ha de fer, on la medicina revela plenament el seu caràcter de pràctica humana i moral.

Aquesta tensió entre coneixement i praxis es fa encara més evident si entenem la medicina, tal com assenyala Seamus O’Mahoney (4), no tant com una ciència pura sinó com una ciència aplicada, profundament arrelada a la pràctica. En paraules seves: “*La medicina és una ciència aplicada, no una ciència pura. Molts dirien que no és una ciència en absolut: és un ofici, una pràctica. Fins i tot la frase ‘medicina científica’ implica que realment no creiem que la medicina sigui una ciència. Al cap i a la fi, algú utilitza l’expressió ‘física científica’?*”. Aquesta provocació posa de manifest una realitat incòmoda: *la medicina viu en un espai intermedi, on la certesa pròpia de la ciència es veu confrontada amb la necessitat de donar respostes clares en situacions humanes complexes.*

De fet, O’Mahoney assenyala que “*en molts sentits, la ciència i la medicina són antitètiques: el dubte és al nucli mateix de la ciència, però els metges que expressen dubtes no són gaire valorats pels seus pacients*”. Aquesta afirmació evidencia una tensió fonamental entre l’escepticisme propi del pensament científic i l’expectativa social de seguretat i confiança en la pràctica clínica. En una cultura marcada pel consumisme sanitari i per una visió mecanicista del cos, com si fos una màquina que cal reparar de manera eficient, sovint es valora més la certesa aparent que no pas la reflexió prudent.

Tanmateix, és precisament en aquest espai de probabilitat, de dubte i de pràctica on ens acostem al que anomenem l’art de la medicina, entès com la capacitat de comprendre el pacient en la seva totalitat, d’escoltar més enllà de les paraules i d’aplicar el coneixement amb sensibilitat i destresa. En un món cada vegada més tecnificat, no hauríem d’oblidar que l’encontre humà, l’empatia i la construcció d’una relació de confiança no són elements accessoris, sinó components essencials de l’eficàcia terapèutica.

Aquesta complexitat queda sintetitzada en una altra reflexió d'O'Mahoney (4), quan afirma: *“Existeix una paradoxa al cor de la medicina: la seva base intel·lectual es fonamenta en la ciència, però la seva pràctica no ho és completament. L'escepticisme racional és essencial en el pensament científic, però en la pràctica mèdica pot ser un obstacle. Els metges treballen amb persones reals, amb tota la seva irracionalitat, variabilitat, vulnerabilitat i credulitat. La ciència informa la medicina, i la medicina busca respostes en la ciència, però ambdues són activitats radicalment diferents i, sovint, oposades”*.

És en aquest diàleg constant entre ciència i pràctica, entre certesa i incertesa, entre coneixement i judici, on la medicina es configura com una activitat irreductible a cap de les seves dimensions per separat. I és precisament aquí, en aquest espai de complexitat i responsabilitat, on es fa més evident el seu caràcter profundament humà i moral.

En aquest escenari de transformacions profundes, la pregunta sobre els valors que han d'orientar la pràctica mèdica esdevé inevitable, ja que, si la medicina continua essent una pràctica amb contingut moral, també ho ha de ser la manera com aquests valors es transmeten, s'aprenen i s'incorporen en la formació dels futurs professionals. No es tracta únicament d'afegir continguts teòrics sobre ètica o bioètica als plans d'estudi, sinó de reconèixer que els valors es construeixen en la pràctica, en l'experiència clínica, en els models de rol i en la cultura institucional en què el professional es forma i exerceix. Aprendre medicina és, en aquest sentit, aprendre una manera de mirar, d'interpretar i d'actuar davant la vulnerabilitat humana.

En aquesta línia, un interessant article al NEJM (30) aporta un marc conceptual especialment rellevant per comprendre el professionalisme com una realitat moral i socialment situada, més enllà d'un simple conjunt de competències o actituds individuals. Els autors assenyalen que el professionalisme mèdic es fonamenta en un compromís amb béns socials vulnerables, com la salut, la confiança

i la dignitat de les persones, i que, per tant, exigeix una orientació clara cap al servei, que no pot quedar subordinada a interessos econòmics, institucionals o personals.

A partir d'aquesta base, proposen entendre el professionalisme com una estructura articulada en tres dimensions: la devoció als valors de la medicina, la seva professió pública, és a dir, la declaració explícita i compartida d'aquests compromisos i la negociació amb altres valors socials en el marc d'un contracte amb la societat. Aquest plantejament posa de manifest que el professionalisme no és una realitat estàtica, sinó un procés dinàmic que requereix diàleg, revisió constant i capacitat d'adaptació davant els canvis del context sanitari i social.

Ara bé, aquest model també evidencia que el professionalisme no pot quedar reduït a una responsabilitat estrictament individual, sinó que necessita suport institucional i col·lectiu per poder desplegar-se de manera efectiva. Tal com es desprèn del debat generat al voltant de l'article, sense el compromís de les organitzacions professionals, de les institucions sanitàries i de les polítiques públiques, els valors proclamats corren el risc de quedar en el pla retòric i de no traduir-se en pràctiques reals.

Per a Pellegrino (31), cada cultura ha expressat el significat de ser metge a través de quatre conceptes fonamentals que sintetitzen la naturalesa moral de la medicina: professió, pacient, compassió i consentiment. Aquests quatre eixos no són simplement descriptors, sinó categories normatives que orienten l'acció i defineixen què significa exercir la medicina de manera adequada. En conjunt, configuren una visió integrada en què la medicina es comprèn com una pràctica moral situada, que articula coneixement científic, relació humana i responsabilitat ètica, i que no pot ser reduïda a cap d'aquestes dimensions per separat.

En primer lloc, per Pellegrino, la medicina és una professió en el sentit més ple i exigent del terme. Això implica que no es tracta només d'una activitat tècnica ni d'un conjunt d'habilitats adquirides, sinó d'una pràctica orientada per finalitats i valors que li donen

sentit. El professional sanitari assumeix un compromís explícit amb el bé del pacient, amb la qualitat de l'atenció i amb la millora contínua del seu coneixement i competència. Aquest compromís inclou també una dimensió social, ja que la medicina opera en un marc de confiança pública que exigeix responsabilitat, transparència i rendició de comptes. Així, la professió mèdica es defineix tant pel que sap fer com per la manera com decideix actuar i pels valors que orienten aquestes decisions.

En segon lloc, el pacient és el centre i la raó de ser de la pràctica mèdica, però entès no com un simple cas clínic, sinó com una persona amb una biografia, uns valors i una experiència pròpia de la malaltia. Aquesta centralitat implica reconèixer la seva vulnerabilitat, però també la seva capacitat d'agència i el seu dret a participar en les decisions que afecten la seva salut. La medicina, des d'aquesta perspectiva, no pot limitar-se a intervenir sobre el cos, sinó que ha de comprendre la persona en la seva globalitat, integrant dimensions físiques, psicològiques i socials.

En tercer lloc, la compassió esdevé un principi estructurant de la relació clínica. Lluny de ser una simple emoció o una resposta espontània, la compassió implica una disposició activa a reconèixer el patiment de l'altre i a respondre-hi de manera compromesa. Suposa la capacitat d'apropar-se al pacient amb empatia, però també amb responsabilitat i compromís, integrant la sensibilitat humana amb el judici clínic. En aquest sentit, la compassió no s'oposa a la racionalitat científica, sinó que la completa, permetent que el coneixement es posi realment al servei de la persona.

Finalment, el consentiment constitueix una expressió fonamental del respecte per l'autonomia del pacient i un element central de la pràctica mèdica contemporània. Més enllà del seu vessant legal, el consentiment informat implica un procés de comunicació i deliberació en què el pacient és reconegut com a participant actiu en la presa de decisions. Això requereix proporcionar informació comprensible, valorar les preferències del pacient i tenir en compte el seu context vital. El consentiment no és, per tant, un acte puntual,

sinó un procés relacional que es construeix en el temps i que reflecteix la qualitat de la relació metge-pacient. En aquest sentit, esdevé un indicador clau d'una pràctica mèdica respectuosa, responsable i centrada en la persona.

En aquest sentit, el professionalisme esdevé també una pràctica activa que implica, en ocasions, la capacitat de qüestionar estructures, denunciar situacions injustes i actuar en defensa del pacient i del bé comú, fins i tot en contextos adversos. Aquesta dimensió d'advocacia i responsabilitat pública connecta directament amb l'aprenentatge dels valors en medicina, ja que no es tracta només de formar professionals competents, sinó de formar professionals compromesos, capaços d'habitar la complexitat del sistema sanitari sense renunciar al nucli moral de la seva pràctica.

Diverses crítiques han assenyalat que aquest plantejament pot resultar excessivament normatiu i allunyat de les condicions reals en què avui es desenvolupa la pràctica mèdica, ja que sovint pressuposa un marge d'autonomia i una capacitat d'incidència professional que es veuen limitats per les dinàmiques institucionals, econòmiques i laborals del sistema sanitari. Així, la crida a un professionalisme actiu (32), basat en la defensa dels valors i fins i tot en la dissidència, pot entrar en tensió amb la dependència dels professionals respecte a organitzacions que regulen les seves condicions de treball, generant un desajust entre l'ideal ètic i la possibilitat real de portar-lo a terme. Aquesta crítica no invalida el model, però en subratlla la necessitat d'incorporar-hi una mirada més pragmàtica i contextual, capaç d'integrar els valors del professionalisme amb les realitats quotidianes de l'exercici mèdic.

Una objecció recurrent a l'espai nuclear dels valors sosté que, en contextos de màxima gravetat o davant malalties complexes, l'element veritablement determinant és el coneixement científic i l'aplicació rigorosa de l'evidència, relegant a un segon pla el tracte compassiu i empàtic, així les dimensions relacionals i ètiques de la pràctica mèdica. Tanmateix, aquesta visió resulta cada cop més difícil de sostenir a la llum de la recerca empírica recent, que mostra

que els valors i les actituds del professional no només tenen una rellevància moral, sinó també un impacte clínic mesurable.

Aquesta evidència es veu reforçada per treballs com els recollits a *Compassionomics* (33), on Stephen Trzeciak i Anthony Mazzeo sintetitzen una àmplia base de literatura científica sobre els efectes de la compassió i l'empatia en la pràctica clínica, mostrant que aquestes dimensions incideixen de manera significativa en múltiples indicadors assistencials, des de la reducció del dolor i l'ansietat fins a l'increment de l'adherència terapèutica, la disminució de la durada de les hospitalitzacions i fins i tot la reducció dels costos sanitaris; alhora, aquests mateixos valors contribueixen a protegir els professionals del desgast emocional i del burnout, millorant de manera indirecta l'eficiència global del sistema sanitari.

Aquestes conclusions es veuen corroborades per diverses revisions sistemàtiques, que mostren que l'empatia del professional s'associa de manera consistent amb una major satisfacció i confiança del pacient, una millor adherència als tractaments, una reducció de l'ansietat i una major capacitat d'autogestió de la salut, contribuint així a una millora global dels resultats clínics, en part gràcies a una comunicació més efectiva i a una millor qualitat de la informació diagnòstica (34, 35); en conjunt, aquestes evidències consoliden la idea que l'empatia no és només un valor relacional, sinó un element estructural de la qualitat assistencial amb efectes tangibles en els resultats en salut.

En aquesta mateixa línia, un metaanàlisi (36) que inclou 55 estudis i prop de 13.000 pacients oncològics evidencia una associació significativa entre l'empatia del metge i millors resultats clínics, suggerint que la qualitat de la relació assistencial no és un element accessori, sinó un factor que pot influir directament en l'evolució de la malaltia i en l'eficàcia del tractament; així, la literatura científica convergeix en assenyalar que l'empatia constitueix un component central de la pràctica mèdica amb un impacte clínic rellevant i mesurable.

Aquests resultats obliguen a replantejar la manera com entenem els valors en medicina, ja que deixen de ser considerats únicament com a disposicions actitudinals o ideals normatius per esdevenir factors amb conseqüències clíniques reals (33-37). La compassió i l'empatia no són, en aquest sentit, ornaments de la pràctica mèdica, sinó elements constitutius de la seva eficàcia. La relació assistencial es revela així com un espai terapèutic en si mateix, en el qual la manera de comunicar, d'escoltar i d'acompanyar pot influir de manera significativa en el procés de salut i malaltia.

En conseqüència, la presència de valors en el professional sanitari no pot ser considerada opcional ni subordinada a altres competències, sinó que ha de formar part del nucli de l'excel·lència mèdica. De la mateixa manera que avui resulta inconcebible un metge sense una base sòlida de coneixement científic, tampoc hauria de ser acceptable una pràctica desproveïda d'habilitats comunicatives, sensibilitat ètica i capacitat empàtica. Integrar aquestes dimensions en la formació i en l'exercici professional no només respon a una exigència moral, sinó també a una necessitat clínica, ja que contribueix de manera directa a millorar els resultats en salut i la qualitat de l'atenció.

Això implica entendre que el professionalisme no pot reduir-se a un conjunt de normes o codis de conducta, sinó que constitueix una forma de compromís moral amb el pacient i amb la societat, amb impacte real en el resultat clínic, que es configura progressivament a través de la pràctica i de la reflexió. En un context marcat per la tecnificació, la burocratització i les tensions entre diferents lògiques, clíniques, econòmiques, organitzatives, el risc no és només perdre habilitats tècniques, sinó desdibuixar els valors que donen sentit a la professió. Per això, la formació en valors no és un complement, sinó un element central per sostenir una pràctica mèdica coherent amb la seva naturalesa moral.

Aquesta necessitat d'aterrar el professionalisme en la realitat quotidiana de la pràctica mèdica connecta amb les aportacions de Cruess i Cruess (38-40), que entenen la medicina com una professió

al servei de la curació, sustentada en un contracte social que implica no només competència tècnica, sinó també compromís moral, responsabilitat i integritat en l'exercici professional. Des d'aquesta perspectiva, el professionalisme no és una qualitat accessòria ni espontània, sinó una dimensió constitutiva de la identitat del metge, que ha de ser cultivada de manera conscient al llarg del procés formatiu.

Per això, aquests autors (41) defensen que l'educació mèdica ha d'assumir explícitament la responsabilitat de formar en professionalisme, integrant-lo com un eix central del currículum i no com un contingut marginal. Això implica, d'una banda, proporcionar un marc conceptual clar sobre què significa ser professional en medicina, incloent-hi valors com la responsabilitat, la competència, l'honestedat i el respecte, i, de l'altra, crear espais d'aprenentatge on aquests valors puguin ser discutits, analitzats i contextualitzats en situacions clíniques reals

En aquest marc, l'educació mèdica adquireix un paper central, ja que el professionalisme no es pot donar per suposat ni es pot reduir a una transmissió implícita, sinó que ha de ser objecte d'un ensenyament deliberat, estructurat i reflexiu, que inclogui tant el coneixement dels valors com la seva aplicació en contextos reals. Això implica formar professionals capaços no només de dominar competències tècniques, sinó també d'internalitzar responsabilitats, desenvolupar criteri moral i actuar amb integritat, tot integrant els valors del professionalisme en la seva identitat professional.

En última instància, si la medicina ha de continuar essent una pràctica orientada al bé de la persona, caldrà repensar com eduquem els professionals perquè siguin capaços d'habitar aquesta complexitat amb criteri, responsabilitat i humanitat. Això exigeix integrar el coneixement científic amb el desenvolupament del judici clínic, la sensibilitat ètica i la capacitat deliberativa, promovent una formació que no només prepari per fer, sinó també per decidir i per ser. Només així serà possible preservar el nucli moral de la medicina en un món en constant transformació.

4. Bioètica, ètica mèdica i professionalisme: els fonaments morals de la pràctica mèdica contemporània

En aquest context de transformació accelerada de la medicina i de creixent complexitat en la presa de decisions, emergeix amb força la bioètica, com a resposta a la necessitat d'orientar pràctiques cada vegada més sofisticades des del punt de vista tecnocientífic i, alhora, més carregades d'implicacions humanes i socials. Els avenços en camps com la genètica, els trasplantaments, la recerca clínica o les tecnologies digitals han generat nous interrogants que no poden ser resolts únicament des del coneixement biomèdic, sinó que exigeixen una reflexió interdisciplinària i pública capaç d'integrar filosofia, dret, medicina i ciències socials. La bioètica neix, així, com un espai de deliberació ampli, orientat a donar resposta tant a problemes nous com a qüestions clàssiques replantejades en un nou escenari.

El debat bioètic no només continua vigent, sinó que es troba avui més viu que mai, impulsat per l'aparició constant de nous reptes derivats del progrés científic i dels canvis socials. Organismes com el *Nuffield Council of Bioethics* (42) han intentat sistematitzar aquestes línies de futur, identificant àmbits clau que marcaran l'agenda bioètica en els propers anys, com ara l'inici de la vida, amb qüestions com l'edició genètica, la reproducció assistida o la gestació subrogada, la relació entre salut i societat, incloent-temes que van des de les desigualtats en salut, les pandèmies o la resistència antimicrobiana, així com el creixent impacte de les dades i les tecnologies, especialment en relació amb la intel·ligència artificial, la privacitat i la presa de decisions automatitzada. A aquests camps s'hi afegeixen també els debats sobre l'ús d'animals i el medi ambient en relació amb la salut humana, així com els desafiaments ètics vinculats a la recerca biomèdica, especialment en poblacions vulnerables. Tot plegat confirma que la bioètica no és un camp tancat, sinó un espai dinàmic i en expansió, cridat a repensar contínuament els límits, les responsabilitats i les finalitats de la medicina en una societat en transformació.

En paral·lel a aquest desenvolupament conceptual, la bioètica (43) s'ha anat incorporant de manera progressiva i explícita als currículums de les facultats de medicina, especialment a partir de les darreres dècades del segle XX, com a resposta a la creixent complexitat dels dilemes clínics i socials associats a la pràctica mèdica. Diversos estudis mostren que l'ensenyament de l'ètica mèdica i la bioètica ha passat de ser marginal o ocasional a formar part estructural dels programes formatius, amb assignatures específiques, continguts transversals i metodologies orientades a la deliberació i l'anàlisi de casos.

Tanmateix, resulta significatiu observar que, en molts d'aquests marcs de reflexió bioètica més amplis, l'ètica mèdica i el professionalisme no apareixen sempre de manera explícita ni clarament delimitada com a àmbits propis, sinó que sovint queden diluïts dins de categories més generals centrades en els grans dilemes de la biomedicina i la societat. Aquesta absència no implica una manca de rellevància, sinó més aviat posa de manifest una certa desconexió entre els debats bioètics de nivell macro i la realitat concreta de la pràctica clínica, on es prenen decisions quotidianes que requereixen judici, responsabilitat i compromís amb el pacient. És precisament per això que es fa necessari reivindicar un espai propi per a l'ètica mèdica i el professionalisme, com a dimensions imprescindibles per comprendre i orientar la medicina en el seu nivell més immediat i humà.

Ara bé, tot i la seva rellevància i expansió, la bioètica no esgota l'àmbit de l'ètica en medicina. La seva perspectiva sovint se situa en un nivell més general o macro, abordant qüestions relacionades amb polítiques de salut, distribució de recursos, recerca biomèdica o impacte social de les tecnologies. En canvi, l'ètica mèdica, o ètica clínica manté un focus més directe sobre la pràctica assistencial concreta, centrant-se en la relació amb el pacient, en la presa de decisions clíniques i en els dilemes que emergeixen en el dia a dia de l'atenció sanitària.

Aquesta distinció esdevé especialment important perquè permet entendre que no tots els problemes ètics en medicina poden ser abordats des dels mateixos marcs ni amb les mateixes eines. L'ètica mèdica requereix una proximitat a la realitat clínica, una capacitat d'interpretació de situacions particulars i una sensibilitat envers la singularitat del pacient que no sempre queda recollida en els grans debats bioètics. És en aquest nivell on es concreta, de manera més immediata, el caràcter moral de la medicina com a pràctica.

En paral·lel, el concepte de professionalisme introdueix una tercera dimensió, complementària però diferenciada, que no es limita ni a la reflexió teòrica ni a la deliberació clínica, sinó que apunta a la manera de ser i d'actuar del professional en el seu conjunt. El professionalisme articula valors, actituds i responsabilitats que configuren la identitat del metge i que es manifesten en la pràctica quotidiana, integrant coneixement, judici i compromís moral.

De fet, més enllà de la diferència en l'àmbit d'aplicació, cal subratllar que la bioètica i l'ètica mèdica, incloent-hi el professionalisme, no només operen en nivells diferents, sinó que sovint es fonamenten en marcs conceptuals també diversos, que responen a tradicions filosòfiques i a finalitats distintes. La bioètica, especialment en les seves formulacions més influents, tendeix a construir-se a partir de principis generals amb vocació d'universalitat, buscant criteris que puguin orientar decisions en una gran varietat de contextos biomèdics i socials. Aquesta orientació cap a l'abstracció i la generalització li permet abordar problemes globals, com la justícia distributiva, la recerca amb humans o les noves tecnologies, però alhora pot generar una certa distància respecte de la complexitat concreta de la pràctica clínica.

Una de les crítiques més freqüents al principialisme de Beauchamp i Childress ha estat precisament la seva aparent manca de fonamentació filosòfica sòlida, en el sentit que els quatre principis no derivarien d'una teoria moral única i coherent. Davant d'aquesta objecció, els mateixos autors van anar matisant la seva proposta en edicions posteriors del seu llibre *Principles of Biomedical Ethics* (44), especialment a partir de la quarta i consolidant-se a la cinquena

edició, on introdueixen de manera més explícita el concepte de “moralitat comuna” com a base dels principis. Així, els principis no es presenten com a deduccions teòriques, sinó com a expressions d’un conjunt de normes morals àmpliament compartides que formen part de l’experiència moral quotidiana.

És crucial notar que ells mateixos aclareixen que aquests principis, respecte a l'autonomia, no maleficència, beneficència i justícia, no emanen d'una única teoria filosòfica o moral, aquesta moralitat comuna'. Els autors (45) defineixen la moralitat comuna com *"el conjunt de normes universals compartides per totes les persones compromeses amb la moralitat. A partir d'aquestes normes, extraïem o formulem diversos principis d'obligació, drets i virtuts i els unim amb una sèrie d'ideals morals. Ens enfoquem en el contingut ampli, abstracte i escàs amb la qual cosa els principis d'obligació serveixen com punt de partida o blocs de construcció de l'ètica biomèdica: respecte per l'autonomia, la no maleficència, la beneficència i la justícia. Els principis també presenta diverses regles seleccionades que, entre d'altres, es deriven d'un o més d'aquests principis: veracitat, privadesa, confidencialitat i fidelitat (p. ex., compliment de promeses). Tots aquests principis i regles tenen dues característiques o dimensions que requereixen processos per connectar-los a situacions de la vida real. D'una banda, són indeterminats i, per tant, requereixen una especificació més gran per generar un contingut més definit (per exemple, en les regles de consentiment informat). D'altra banda, tots són vinculants prima facie, és a dir, cada principi o regla és vinculant, en igualtat de condicions. Qualsevol principi o regla pot anul·lar altres o ser anul·lat per altres en particular circumstàncies."*

Davant d'aquesta perspectiva, han emergit altres veus que qüestionen que l'ètica mèdica pugui derivar-se simplement d'aquesta moralitat compartida. Entre elles destaca Rosamond Rhodes (46, 47), que defensa que l'ètica sanitària constitueix un àmbit específic amb obligacions pròpies, no reductibles a la moral quotidiana. Segons aquesta autora, la pràctica mèdica implica situacions i responsabilitats que no tenen un equivalent directe en la vida ordinària, i que, per

tant, requereixen normes internes definides des del mateix col·lectiu professional. Aquesta posició posa en relleu les diferències entre la moral social general i les exigències pròpies de la pràctica mèdica, evidenciant que els professionals sanitaris operen sovint sota criteris diferents dels de la resta de la població.

Així, per exemple, mentre que en la vida ordinària no hi ha obligació de compartir coneixement o recursos, en medicina es pressuposa la col·laboració entre professionals i la transmissió del saber per garantir el millor tractament dels pacients; mentre que en la vida quotidiana es respecta àmpliament la llibertat individual, en la pràctica clínica les decisions dels metges han d'estar fonamentades en l'evidència científica; o mentre que en les relacions socials la confidencialitat no és la norma, en medicina constitueix un principi central. Igualment, els professionals sanitaris han de tractar tots els pacients sense judicis de valor, abstenir-se de relacions inapropiades, gestionar informació íntima i, en determinades circumstàncies, fins i tot qüestionar les decisions dels pacients si aquests no són competents. Aquest conjunt de diferències posa de manifest l'especificitat del marc moral en què opera la medicina.

A més, Rhodes (47) argumenta que aquesta especificitat no només es justifica per les diferències en obligacions, sinó també per les prerrogatives singulars de què disposen els professionals sanitaris, com la possibilitat de provocar dolor, limitar capacitats o administrar tractaments amb riscos importants. Precisament perquè aquests poders no són habituals en altres àmbits, no poden ser regulats únicament per normes morals generals, sinó que requereixen una articulació pròpia. D'aquesta manera, es configura una ètica professional que inclou deures com fomentar la confiança, mantenir la competència, actuar en benefici del pacient, garantir la confidencialitat, comunicar-se adequadament o vetllar per una distribució justa dels recursos.

D'aquesta moral particular, en deriven segons Rhodes (46), una extensa llista de deures: (1) fomentar la confiança i merèixer-la; (2) utilitzar el coneixement, les habilitats, els poders i les prerrogatives mèdiques per promoure els interessos dels pacients i de

la societat; (3) desenvolupar i mantenir la competència professional; (4) proporcionar atenció segons la necessitat; (5) ser conscient en respondre a les necessitats mèdiques; (6) basar les decisions clíniques en l'evidència científica; (7) mantenir una consideració lliure de prejudicis envers els pacients; (8) mantenir una relació no sexual amb els pacients; (9) preservar la confidencialitat de la informació del pacient; (10) respectar l'autonomia dels pacients; (11) avaluar la capacitat de decisió dels pacients; (12) ser verídic en els informes; (13) mostrar-se receptiu a les sol·licituds dels companys; (14) comunicar-se de manera efectiva; (15) vetllar per la professió; i (16) garantir la justícia en l'assignació dels recursos mèdics.

Entre la visió d'una moralitat comuna universal i la d'una moralitat particular estrictament professional, la proposta d'Edmund Pellegrino (48) ofereix una via especialment fecunda per comprendre la naturalesa moral de la medicina. Segons aquest autor, la medicina no és simplement una aplicació de normes externes, sinó una pràctica que conté en si mateixa una "moralitat pròpia", derivada directament del seu fi essencial: procurar el bé del pacient.

Aquesta concepció situa el fonament de l'ètica mèdica en la mateixa pràctica clínica, i no en un sistema normatiu aliè o imposat des de fora. Per a Pellegrino, l'origen de les obligacions morals del metge es troba en la realitat concreta de la relació assistencial, en l'encontre singular entre una persona vulnerable que demana ajuda i un professional que es compromet a oferir-la. És en aquest espai relacional, carregat de confiança i responsabilitat, on emergeixen les exigències ètiques pròpies de la medicina.

Així, la seva proposta permet superar la dicotomia entre principis universals i normes estrictament professionals, integrant ambdues dimensions en una comprensió més rica i situada de l'ètica mèdica. La medicina apareix, d'aquesta manera, com una pràctica moral en si mateixa, que requereix no només coneixement tècnic, sinó també judici, deliberació i compromís amb la persona concreta en cada acte clínic.

Cal destacar que la visió de Pellegrino no exclou la rellevància de valors externs ni de principis ètics amb vocació universal.

Tanmateix, defensa amb claredat que la medicina, per la seva pròpia naturalesa i finalitat, disposa d'un conjunt de valors i virtuts inherents que han de guiar la pràctica de manera prioritària. Això implica que els principis generals no són rebutjats, sinó que han de ser interpretats i arrelats en la realitat concreta de l'acte mèdic, evitant una aplicació abstracta desconnectada de la pràctica clínica.

És precisament aquesta moralitat interna, fonamentada en el fi de la medicina i en la relació clínica, la que, segons Pellegrino, diferencia la medicina d'altres activitats o professions. Mentre que en altres àmbits les normes poden derivar principalment de convencions socials, de criteris econòmics o corporatius, en medicina aquestes són insuficients si no es vinculen al compromís amb el bé del pacient. Aquesta especificitat dota la medicina d'una identitat moral pròpia que no pot ser reduïda a una simple aplicació de regles externes.

En aquest sentit, la reflexió sobre els fonaments de l'ètica mèdica ens situa davant d'un diàleg fecund entre la universalitat dels principis i la singularitat de la pràctica clínica, amb propostes integradores com la de Pellegrino que permeten superar visions reduccionistes. Comprendre aquestes diferents perspectives no és només un exercici teòric, sinó una eina essencial per afrontar els dilemes quotidians amb criteri, responsabilitat i sensibilitat, i per exercir la medicina amb integritat, compassió i excel·lència.

Seguint aquesta línia, Pellegrino proposa la necessitat de desenvolupar una filosofia pròpia de la medicina que es fonamenti en els seus trets distintius: el contacte directe amb la malaltia i el patiment humà, la naturalesa del coneixement mèdic com a combinació de ciència i art aplicat, i el caràcter inevitablement moral de moltes decisions clíniques. Aquesta filosofia ha d'integrar també el professionalisme com a expressió d'un compromís amb el pacient, entenent que els principis només poden sostenir-se sobre valors i virtuts.

En darrer terme, com ell mateix assenyala, la conducta ètica depèn del caràcter del professional: *“els principis només poden ser sostinguts pels valors i les virtuts. Aquests són condicions de*

possibilitat per a la implementació dels principis i regles". Pellegrino (49) insistia que, en última instància, la conducta ètica depèn del caràcter de l'agent moral: *"sense que un metge sigui una persona amb valors, cap regla, per molt exigent que sigui, en modificarà el comportament"*.

Així, bioètica, ètica mèdica i professionalisme constitueixen tres perspectives interrelacionades però no equivalents, que, en el seu conjunt, permeten comprendre millor la complexitat ètica de la medicina contemporània. Precisament per això, s'ha assenyalat la necessitat d'explicitar aquests tres àmbits dins del currículum mèdic, evitant que quedin diluïts en aproximacions genèriques o excessivament teòriques. La bioètica aporta el marc conceptual ampli i interdisciplinari i necessari, amb un component molt elevat de debat públic, l'ètica mèdica concreta aquests principis en la pràctica clínic i el professionalisme tradueix aquests valors en comportaments, actituds i identitat professional.

Per aquest motiu, cada vegada es defensa més un model educatiu que diferenciï i articuli explícitament aquests tres nivells, combinant l'ensenyament de principis, l'anàlisi de casos clínics i el desenvolupament de competències professionals a través de l'experiència i la reflexió. Aquesta orientació no només millora el coneixement ètic, sinó també les actituds i els valors dels futurs professionals, contribuint a una pràctica mèdica més reflexiva, responsable i centrada en la persona.

Per això també convé evitar una simplificació. El professionalisme no pot quedar reduït a una llista de qualitats desitjables. Ha de comprendre's com una construcció dinàmica, social i relacional, que s'expressa en pràctiques, hàbits, formes de relació i estructures institucionals. Quan parlem d'educació mèdica en valors, parlem en realitat de formar una manera de comprendre què és la medicina i quin tipus de professional volem arribar a ser.

Aquesta formulació em sembla especialment rellevant perquè situa els valors no en l'esfera privada de la bondat individual, sinó en el centre mateix de la legitimitat social de la professió.

Educar en valors no és només ajudar a ser “millors persones”; és formar professionals capaços de merèixer confiança, de sostenir responsabilitat i de respondre a les necessitats d’una societat que els confia un bé altament sensible: la salut, la fragilitat, el sofriment i, sovint, la decisió en moments límit.

En aquest sentit, la literatura mostra un consens creixent en la necessitat d’una integració curricular tant horitzontal com vertical d’aquests continguts, és a dir, presents al llarg de tota la formació i en diferents assignatures i contextos clínics. No obstant això, diversos estudis (50-56) apunten que aquesta integració sovint és incompleta o desequilibrada, amb una major presència de la bioètica com a disciplina teòrica, mentre que l’ètica clínica i el desenvolupament del professionalisme queden menys sistematitzats o depenen del currículum ocult. Això limita la capacitat dels estudiants per transferir els coneixements ètics a la pràctica real.

En aquest marc, el currículum ocult apareix com un element central en la formació ètica dels estudiants de medicina. Segons Hafferty i Franks (57), fa referència al conjunt de valors, actituds i comportaments que s’adquireixen de manera implícita a través de la cultura institucional, les pràctiques clíniques i els models professionals, sovint amb més impacte que el currículum formal. Així, els estudiants aprenen no només allò que se’ls ensenya explícitament, sinó també el que observen en la pràctica quotidiana: les formes de relació amb els pacients, la gestió de la incertesa o les actituds davant del sofriment. Quan hi ha una discrepància entre el discurs formal i les pràctiques reals, aquest currículum implícit pot acabar erosionant els valors que es volen transmetre. En aquest sentit, factors com la jerarquia, la pressió assistencial o determinades cultures professionals poden afavorir actituds de distanciament emocional o cinisme, amb impacte directe sobre l’empatia i el professionalisme (58-60).

La literatura sobre empatia reforça aquesta idea en mostrar que aquesta competència no depèn únicament de trets individuals, sinó també del context formatiu i de les experiències viscudes

durant la formació clínica. Així, experiències com el voluntariat o el contacte proper amb la malaltia s'associen a nivells més elevats d'empatia en estudiants de medicina, fet que posa de manifest el pes de l'aprenentatge experiencial i, indirectament, del currículum ocult en la configuració dels valors professionals.

D'altra banda, el currículum ocult no constitueix un fenomen homogeni, sinó que opera en múltiples nivells interrelacionats. Tal com assenyala la literatura, pot entendre's com un conjunt d'influències que actuen en els àmbits institucional, interpersonal, cultural i psicològic. Això implica que els estudiants no només es veuen influïts per persones concretes, docents o residents, sinó també per estructures organitzatives, normes implícites i valors culturals que configuren la idea de què significa ser un "bon metge". Aquesta complexitat contribueix a fer-lo difícil d'identificar i, encara més, d'abordar de manera efectiva.

Un component essencial d'aquest procés és la socialització professional. A través de la convivència amb equips clínics, els estudiants interioritzen normes, jerarquies i rols que van modelant la seva identitat professional. Aquest aprenentatge es produeix principalment per observació i imitació, més que no pas per instrucció explícita. En conseqüència, el comportament dels professionals esdevé un referent clau, especialment en aspectes com la comunicació, la relació amb el pacient o l'afrontament de dilemes ètics.

A més, el currículum ocult es caracteritza per la seva naturalesa implícita i sovint no intencionada. Molts dels valors que es transmeten no responen a un disseny pedagògic deliberat, sinó que emergeixen de la pràctica quotidiana i de les dinàmiques institucionals. Aquesta condició li confereix una gran capacitat de transmissió, però també el risc de perpetuar pràctiques poc reflexives si no s'acompanya d'espais de crítica i deliberació. Precisament perquè sovint passa desapercebut, tendeix a ser assumit com a normal o inevitable.

Un altre aspecte rellevant és l'ambigüïtat conceptual del terme. Tal com assenyala la revisió de Lawrence et al. (61), el currículum

ocult s'ha utilitzat de manera àmplia i, en ocasions, com un concepte paraigua que engloba fenòmens diversos. Aquesta manca de definició precisa en dificulta tant l'estudi com el disseny d'intervencions educatives eficaces, fet que reforça la necessitat de delimitar millor els seus àmbits d'actuació.

Finalment, tot i que sovint s'ha associat el currículum ocult amb efectes negatius, com l'erosió de l'idealisme o l'augment del cinisme, també pot esdevenir una font d'aprenentatge positiu. Experiències clíniques ben guiades, la presència de bons models professionals o cultures institucionals centrades en el pacient poden reforçar valors com l'empatia, la responsabilitat i el compromís. Això posa de manifest que el repte no és eliminar-lo, fet impossible, sinó fer-lo visible, comprendre'l i orientar-lo cap a objectius educatius coherents amb els valors de la professió.

Eckles et al. (62) assenyalen que no existeix un consens clar sobre què s'ha d'ensenyar exactament quan parlem d'ètica mèdica, ni sobre si la finalitat és formar professionals amb un determinat caràcter moral o bé dotar-los d'eines per a l'anàlisi de dilemes. Aquesta ambigüitat pot contribuir, indirectament, a processos d'erosió, en la mesura que dificulta la integració coherent dels valors en la pràctica clínica. A més, els autors posen en relleu que gran part de l'ensenyament ètic s'ha centrat en continguts teòrics o en l'anàlisi de casos, amb una menor atenció als processos de desenvolupament moral i a la influència del context formatiu. Aquesta limitació connecta directament amb el paper del currículum ocult: mentre que el currículum formal transmet principis, és l'entorn clínic el que modela les actituds i comportaments reals. Quan aquests dos nivells no estan alineats, els estudiants poden desenvolupar estratègies adaptatives que prioritzen la funcionalitat per sobre de la reflexió ètica, afavorint així dinàmiques d'erosió tant en el raonament moral com en la sensibilitat empàtica.

En aquest sentit, Eckles et al. (62) també destaquen les dificultats metodològiques per avaluar l'impacte real de l'educació ètica, especialment en aspectes com el judici moral, les actituds

o els comportaments professionals. Aquesta manca d'evidència robusta pot contribuir a una certa invisibilitat del problema, fent que els processos d'erosió passin desapercebuts o siguin interpretats com a inevitables dins de la socialització mèdica. Tanmateix, tal com suggereixen els estudis longitudinals sobre empatia, aquests canvis responen a factors concrets i, per tant, són potencialment modificables.

En un dels nostres primers articles (63), ens preguntàvem específicament sobre aquest tema i com estàvem formant als estudiants de medicina en l'assignatura de bioètica: si aconseguim estudiants més "virtuosos", reflexius i amb major raonament, o si els formàvem amb habilitats de bioètica principalista. En el nostre estudi, realitzat amb 175 estudiants de tercer curs de medicina, vam avaluar l'impacte de la formació de l'assignatura de bioètica amb diferents instruments: per una banda el raonament moral i d'altra la capacitat d'argumentar en casos més bioètics. No vam observar canvis significatius en el desenvolupament moral global (índex P de Kohlberg), però sí una millora clara en l'argumentació de casos bioètics i detecció de principis implicats, mesurada mitjançant el Problem Identification Test (PIT), amb un increment tant quantitatiu com qualitatiu dels arguments en la resolució de casos clínics bioètics.

Concretament, els estudiants passen de formular respostes més simples o centrades en aspectes legals o paternalistes abans de la formació, a oferir arguments més complexos, fonamentats i orientats al respecte de l'autonomia del pacient després del curs de bioètica. Aquesta millora es reflecteix en un augment significatiu del nombre d'arguments correctes en els casos clínics, amb una mitjana global al voltant de 8,8 respostes correctes en el conjunt de la mostra, i una millora estadísticament significativa després de la intervenció formativa. Així, la formació incideix clarament en la capacitat d'identificar problemes ètics i d'argumentar-los adequadament, però no s'aconseguia millorar el raonament moral.

Aquests resultats reforcen la idea que l'ensenyament de la bioètica, tal com està plantejat, contribueix sobretot al desenvolupament d'habilitats pràctiques de deliberació, però té un impacte limitat en la transformació del raonament moral profund.

5. L'erosió de l'empatia, el desgast ètic i els reptes de salut mental en la formació mèdica

De forma concomitant a aquestes llacunes de la formació dels estudiants de medicina apareixen dos fenòmens en el desenvolupament dels estudis que poden afectar: per una banda l'erosió ètica i empàtica i, per altra banda, la salut mental d'estudiants de medicina.

En aquest context, el fenomen de l'erosió ètica i empàtica s'ha descrit com una pèrdua progressiva dels ideals i valors inicials dels estudiants al llarg de la formació mèdica (64-66). Diversos estudis mostren que, malgrat l'expectativa d'un desenvolupament moral creixent durant els anys universitaris, en medicina sovint es produeix un estancament o fins i tot una regressió del raonament moral. En aquest sentit, l'erosió ètica no és tant un fracàs individual com el resultat d'un entorn formatiu que no sempre afavoreix la integració reflexiva dels valors en la pràctica clínica.

De manera paral·lela, també s'ha descrit una possible erosió empàtica, especialment durant els anys de formació clínica. L'exposició continuada al sofriment, juntament amb la necessitat de mantenir una certa distància emocional per poder actuar amb eficàcia, pot conduir a estratègies de desconexió afectiva. Si aquestes no es treballen adequadament, poden derivar en una disminució de la capacitat empàtica i en formes de relació més distants amb els pacients. Tanmateix, aquesta evolució no és inevitable: la literatura suggereix que entorns educatius que promouen la reflexió, el suport emocional i la presència de models professionals positius poden actuar com a factors protectors, contribuint a mantenir o fins i tot a reforçar, l'empatia com a component essencial del professionalisme mèdic.

En aquest context, el fenomen de l'erosió ètica pot interpretar-se com el resultat d'un procés de transformació progressiva que té lloc al llarg de la formació mèdica, especialment en la transició cap a la pràctica clínica. Més que una simple pèrdua de valors, es tracta d'una reconfiguració de les prioritats professionals en resposta a les exigències del context assistencial. Tal com suggereixen estudis longitudinals, els estudiants arriben amb un alt grau d'idealisme i orientació humanista, però aquesta disposició es veu tensionada per entorns marcats per la pressió, la incertesa i la necessitat de prendre decisions ràpides. Així, el desenvolupament moral no segueix necessàriament una trajectòria ascendent, sinó que pot experimentar estancaments o regressions vinculades a l'experiència clínica.

Aquest procés es fa especialment evident en moments clau de la formació, com la transició cap als anys clínics, quan els estudiants s'incorporen activament als equips assistencials. Tal com va descriure Hojat (64) en el seu conegut treball sobre el declivi de l'empatia, amb un nom prou suggerent, "the devil is in the third year", és precisament en aquest període, i especialment al tercer curs, quan es produeixen canvis més marcats en l'empatia i, per extensió, en la sensibilitat ètica. Aquest fenomen s'entén millor si es posa en relació amb el currículum ocult: en aquesta etapa, els estudiants no només adquireixen competències tècniques, sinó que interioritzen formes de treball, llenguatges i prioritats professionals que poden entrar en tensió amb els valors apresos prèviament, especialment quan aquests no són reforçats explícitament en l'entorn clínic

De manera paral·lela, l'erosió empàtica es manifesta com una resposta adaptativa a les condicions emocionals i organitzatives de la pràctica mèdica. L'exposició continuada al sofriment, juntament amb factors com la sobrecàrrega assistencial, la manca de temps o la fatiga, pot afavorir una progressiva desconexió emocional. Aquest distanciament, tot i tenir una funció protectora, pot acabar limitant la qualitat de la relació clínica si no es compensa amb mecanismes de reflexió i suport. Aquests processos no afecten tots els estudiants de la mateixa manera ni són inevitables. Diversos estudis assenyalen que una part dels estudiants manté nivells elevats d'empatia al llarg de

la formació, la qual cosa suggereix l'existència de factors protectors vinculats tant a característiques individuals com al context educatiu.

En aquest marc, vam realitzar un dels primers estudis (67) sobre l'evolució de l'empatia en el nostre territori, mostrant que la seva evolució no és lineal ni homogènia. En una mostra de 191 estudiants de medicina, es va observar un estancament de l'empatia a partir del tercer curs, coincidint amb l'inici de la immersió clínica, però associat a un increment de l'anomenat estrès empàtic. Aquest component de l'empatia fa referència a la capacitat de ressonar emocionalment amb el patiment dels pacients, implicant una identificació amb les seves emocions negatives. Tot i que forma part del vincle clínic, el seu augment pot generar sobrecàrrega emocional si no es regula adequadament, fet que pot contribuir a mecanismes de distanciament.

L'anàlisi dels factors associats reforça la idea que l'empatia no és un tret fix, sinó una competència modulable per l'experiència i el context. Variables com el gènere (dones), la participació en activitats de voluntariat o l'exposició propera a la malaltia s'associen a nivells més elevats d'empatia. En canvi, altres factors, com tenir familiars metges o determinades influències culturals, com la preferència per models professionals més distanciats com el "Dr House", es relacionen amb nivells més baixos.

Aquests resultats apunten, novament, al paper del currículum ocult i de les experiències viscudes en la configuració dels valors professionals. En conjunt, aquests resultats reforcen la idea que l'evolució de l'empatia depèn d'una interacció complexa entre experiència, context i processos de socialització professional.

Altres treballs del nostre grup han analitzat dimensions més estructurals del desenvolupament professional, com el perfil de personalitat dels estudiants de medicina. En la tesis doctoral de la Dra Amorós (68), que vaig poder co-dirigir amb els Drs Joan Prats i Josep Pifarré, es va estudiar amb una mostra àmplia de 636 estudiants (de diferents cursos entre 1999 i 2014) el perfil de personalitat d'entrada als estudis de Medicina: es va observar que els estudiants, en general,

presenten puntuacions elevades en responsabilitat, amabilitat i obertura a l'experiència, mentre que el neuroticisme és la dimensió més baixa. Aquest perfil, en principi, s'alinea amb característiques desitjables en la pràctica mèdica, com la capacitat de compromís, la sensibilitat interpersonal i la predisposició a l'aprenentatge.

Tanmateix, l'anàlisi per generacions introdueix matisos rellevants, doncs es donava un canvi en el perfil d'entrada al grau en medicina. Els estudiants millennials mostraven puntuacions significativament més altes en extraversió, amabilitat i responsabilitat, però també presentaven nivells més elevats d'ansietat i trets obsessius, associats a una major autoexigència i necessitat de control. Aquest doble perfil, amb fortaleces relacionals però també amb vulnerabilitat emocional, els situa en una posició especialment sensible als factors d'estrès.

Aquests resultats permeten entendre millor com factors individuals i contextuals interactuen en el desenvolupament professional. Tot i que el perfil de personalitat pot facilitar competències com l'empatia o el treball en equip, també pot incrementar el risc de malestar en entorns exigents si no es proporcionen eines adequades d'afrontament.

En una recerca posterior (69), vam relacionar l'evolució de l'empatia amb el raonament moral i ètic, trobant una elevada interdependència entre aquestes dimensions. En una mostra de 193 estudiants de medicina, es va observar una correlació significativa entre el desenvolupament moral, la sensibilitat ètica i l'empatia, de manera que els estudiants amb major maduresa moral mostraven també una major capacitat empàtica i una millor identificació de problemes ètics en situacions clíniques. Aquest resultat dona suport a la idea que l'empatia no és només una habilitat relacional, sinó un component intrínsec de la competència ètica en la pràctica mèdica.

Tanmateix, els resultats també posen de manifest una manca de progressió d'aquestes competències en els cursos més avançats. Tant el raonament moral com la sensibilitat ètica mostren una millora entre primer i tercer curs, però s'estanquen posteriorment, sense

increments significatius en els anys clínics. Aquests estudi reforça la hipòtesi que els processos de socialització professional tenen un impacte decisiu en aquesta evolució.

En aquesta mateixa línia, altres dimensions rellevants del desenvolupament professional dels estudiants tampoc semblen estar adequadament abordades en el currículum mèdic. Un dels estudis on vaig poder participar, codirigint amb el Dr Joan Viñas, la tesi de la Dra Anna M Agustí (70) es va mesurar la por a la mort i estratègies d'afrontament en estudiants de medicina des de 1998-2014, en una mostra de 667 estudiants es van detectar nivells moderats-elevats d'ansietat davant la mort i el procés de morir, tot i estar exposats de manera recurrent al sofriment i a la finitud en la pràctica clínica i que aquesta por s'incrementa durant els cursos de medicina. Aquesta situació posa de manifest una manca de preparació específica per afrontar una dimensió central de la medicina, sovint relegada a un segon pla en favor d'un model centrat en la curació i els aspectes tècnics. Com a conseqüència, els estudiants poden interpretar la mort com un fracàs professional i desenvolupar estratègies d'afrontament poc elaborades, amb impacte tant en el seu benestar com en la qualitat de l'atenció. Aquestes dades reforcen la idea, en coherència amb els resultats anteriors, que la formació mèdica continua presentant dèficits en àmbits clau, com la gestió del sofriment, la mort o les emocions, que són fonamentals per a una pràctica clínica realment centrada en la persona.

Un factor concomitant que va aparèixer quan es van començar a estudiar aquests aspectes va ser la relació entre l'estrès i l'empatia: els estudiants amb nivells més elevats d'estrès presentaven també nivells més baixos d'empatia. En un altre dels nostres estudis pioners (71) en el nostre context, es va evidenciar que els estudiants de medicina mostren nivells elevats d'estrès percebut ja des dels primers cursos, superiors als de la població general, així com una elevada càrrega de simptomatologia psicopatològica, comparable a la de mostres de pacients psicossomàtics. A més, es va identificar un subgrup rellevant d'estudiants, superior al 15%, amb nivells de

malestar que s'apropaven als de poblacions psiquiàtriques, fet que posa de manifest la vulnerabilitat d'aquest col·lectiu.

Paral·lelament, es van observar nivells significatius de burnout acadèmic, especialment en dimensions com l'esgotament emocional i la sensació d'ineficàcia, i una clara correlació entre estrès, simptomatologia i burnout. Aquest conjunt de resultats suggereix que el malestar emocional no és un fenomen puntual, sinó una dimensió estructural de la formació mèdica que pot influir directament en altres competències clau, com l'empatia o el desenvolupament ètic. Així, el context formatiu no només condiciona els aprenentatges tècnics i professionals, sinó també el benestar dels estudiants i, indirectament, la manera com es relacionaran amb els pacients en la seva pràctica futura.

Davant d'aquest escenari de malestar, vam cercar implementar estratègies específiques per reduir l'estrès i la simptomatologia associada en estudiants de medicina (72, 73). En aquesta línia, en el marc de la direcció d'una tesis doctoral, del Dr Pere Oró, es va desenvolupar un programa també pioner basat en mindfulness, on van participar 143 estudiants. Els resultats mostraven una millora significativa en el grup experimental en comparació amb el grup control, tant a nivell intragrup com intergrup. Concretament, es va observar una reducció significativa de l'estrès percebut (PSS) i del malestar psicològic global (Global Severity Index), així com en diverses dimensions específiques del SCL-90-R, com la somatització, els símptomes obsessivocompulsius, la sensibilitat interpersonal i l'ansietat. Cal destacar que els valors inicials dels estudiants eren elevats, propers als de poblacions psicossomàtiques, i que, després de la intervenció, tendien a aproximar-se als de la població general, fet que reforça la rellevància clínica dels resultats.

Tanmateix, no es van observar millores significatives en els nivells de burnout, malgrat una lleugera reducció en algunes de les seves dimensions. Aquest resultat suggereix que, tot i que les intervencions basades en mindfulness poden ser eficaces per reduir l'estrès i la simptomatologia emocional, tenen un impacte limitat sobre

dimensions més estructurals del malestar associades a la formació mèdica. En coherència amb els apartats anteriors, això reforça la necessitat d'abordar aquests fenòmens des d'una perspectiva més àmplia, combinant estratègies individuals amb intervencions sobre el context educatiu i el currículum ocult, per tal de promoure un desenvolupament professional més saludable i sostenible.

Cal tenir en compte doncs que l'educació mèdica no es produeix en el buit; es produeix dins d'un clima institucional concret. En aquesta línia, la nostra recerca ha aprofundit en el paper del context educatiu i del clima acadèmic com a factor clau en el benestar dels estudiants. El clima acadèmic (74) fa referència al conjunt de condicions, percepcions i experiències que configuren l'entorn d'aprenentatge dels estudiants, incloent-hi aspectes com la qualitat de la docència, les metodologies educatives, les relacions amb el professorat i els companys, l'organització institucional, la càrrega de treball i el suport emocional disponible. No es tracta només d'elements formals del currículum, sinó també de dimensions més subtils com la cultura institucional, els valors implícits o el sentiment de pertinença. Aquest clima influeix de manera decisiva no només en l'aprenentatge i el rendiment acadèmic, sinó també en el benestar psicològic, la motivació i el desenvolupament professional dels estudiants, esdevenint un element clau per entendre tant els processos formatius com les experiències viscudes durant la formació mèdica.

Vam poder realitzar un estudi amb 4.374 estudiants de les 44 facultats de medicina espanyoles, de mesura del clima acadèmic, simptomatologia psicopatològica i estrès (75). L'estudi va mostrar que la percepció del clima acadèmic és globalment baixa (mitjana DREEM 95,8/200), indicant la presència de múltiples problemes estructurals en l'entorn formatiu. A més, fins a un 25,6% dels estudiants presentaven nivells elevats de simptomatologia psicopatològica, amb una major afectació en dones i en cursos clínics, evidenciant que el malestar no és un fenomen marginal sinó àmpliament estès.

Un dels resultats més rellevants d'aquest estudi és la forta correlació entre un clima acadèmic percebut com a desfavorable

i nivells més elevats d'ansietat, depressió i altres símptomes psicològics. Factors com la manca de suport davant l'estrès, la percepció d'un ensenyament poc centrat en l'estudiant o un ambient poc favorable emergeixen com a elements crítics. Aquesta relació reforça la idea que el malestar dels estudiants no pot entendre's únicament des de variables individuals, sinó que està profundament condicionat per l'entorn formatiu i el currículum ocult.

Es va analitzar també la relació entre clima acadèmic i burn-out i els resultats mostren una correlació clara (76): una pitjor valoració del clima acadèmic s'associa amb majors nivells d'esgotament emocional i despersonalització, i amb una menor sensació d'eficàcia acadèmica. A més, el burnout augmenta progressivament al llarg dels cursos i és més elevat en determinats contextos, com les universitats públiques.

El clima educatiu no és només un factor contextual, sinó un element central en la generació o prevenció del burnout. Aspectes com la pressió acadèmica, la cultura institucional, les relacions interpersonals o l'equilibri entre vida personal i formació influeixen directament en el benestar dels estudiants. Així, en coherència amb els resultats previs, es reforça la necessitat d'una aproximació integral que combini estratègies individuals amb transformacions estructurals del sistema educatiu per abordar de manera efectiva el malestar en la formació mèdica.

Això té una lectura que va més enllà del benestar psicològic. Ens diu que una facultat també educa moralment a través del seu ambient. Un entorn excessivament competitiu, humiliant, fred o despersonalitzat no només desgasta: també modela una determinada manera d'entendre la medicina. Si el burnout creix durant l'estada al centre educatiu i si aquest creixement s'associa a la percepció del clima, llavors el problema no és només individual, sinó també estructural.

Per això, el clima acadèmic és també una qüestió ètica. No podem pretendre formar professionals compassius, prudents i respectuosos en entorns que erosionen sistemàticament aquestes

disposicions. No podem proclamar l'humanisme mèdic i, alhora, naturalitzar estructures que converteixen la fatiga en virtut, el distanciament en professionalitat o el cinisme en mecanisme de supervivència. Cuidar les condicions de formació és també una manera de cuidar la qualitat moral de la professió futura.

La meua recerca ha estat més enfocada en el desenvolupament en estudiants de medicina, però he pogut col·laborar, inicialment com co-directora de tesis doctoral amb el Dr. Jorge Soler-González, en la recerca del Dr Oriol Yuguero, en diferents estudis que han aprofundit en la relació entre empatia, burnout i qualitat assistencial. Aquest treball conjunt ha permès construir una línia de recerca sòlida centrada en la comprensió dels factors professionals que influeixen en la pràctica clínica i en els resultats en salut.

En una primera etapa, la recerca es va centrar en descriure i analitzar la relació entre empatia i burnout en professionals d'atenció primària (77-81). Els resultats van evidenciar una associació consistent entre nivells baixos d'empatia i nivells elevats de burnout, posant de manifest que els professionals més empàtics tendeixen a presentar menor esgotament emocional i millor benestar professional. Aquestes troballes van contribuir a reforçar la hipòtesi que l'empatia no només és una competència relacional, sinó també un factor protector (77).

Aquesta recerca es va orientar cap a l'impacte d'aquests factors en resultats clínics concrets. En aquest sentit, es va demostrar que nivells elevats d'empatia i baixos de burnout s'associen amb un millor control de la pressió arterial (78) en pacients atesos a l'atenció primària, probablement mediats per una millor comunicació clínica i una major adherència terapèutica. En paral·lel, es van explorar indicadors de qualitat assistencial més globals (79). Un dels estudis va analitzar la relació entre empatia, burnout i qualitat de l'atenció mesurada mitjançant indicadors estandarditzats, observant que, tot i no trobar-se associacions estadísticament significatives directes, emergien tendències complexes que suggereixen una relació no

lineal entre aquests factors. Aquest resultat va obrir noves línies de reflexió sobre com es defineix i mesura la qualitat en salut.

Així mateix, es va aprofundir en altres indicadors indirectes de qualitat, com el nombre de visites o la complexitat de l'activitat clínica (80, 81). Es va observar que el grau d'empatia i burnout dels professionals s'associa amb la freqüència de visites i amb la manera de registrar i gestionar els problemes de salut dels pacients, apuntant a un impacte organitzatiu i d'eficiència del sistema.

A partir d'aquests resultats inicials, es van desenvolupar estudis que ampliaven l'anàlisi a diferents contextos assistencials. En l'àmbit de les urgències (82), es va observar que els professionals amb més burnout presentaven nivells més baixos d'empatia, especialment en dimensions com la despersonalització, fet que té implicacions directes en la relació amb el pacient i en la qualitat percebuda de l'atenció. Aquestes dades reforcen la idea que els entorns assistencials més exigents poden erosionar les capacitats empàtiques si no es disposa de mecanismes de suport adequats.

Finalment, estudis més recents han permès observar l'evolució d'aquests fenòmens en contextos de crisi, com la pandèmia de la COVID-19 (83), evidenciant un increment del burnout associat principalment a l'esgotament emocional, tot i mantenir-se o fins i tot augmentar lleugerament els nivells d'empatia. Aquestes dades posen de manifest la complexitat de la relació entre empatia i burnout, així com la necessitat de desenvolupar estratègies institucionals per protegir el benestar professional.

En conjunt, aquesta trajectòria de recerca ha contribuït a evidenciar que l'empatia, el burnout i la qualitat assistencial estan profundament interrelacionats, i que la millora de les competències empàtiques i de les condicions laborals dels professionals no només té un impacte en el seu benestar, sinó també en els resultats clínics i en la qualitat global del sistema sanitari. En aquest sentit, es fa imprescindible incorporar de manera estructurada aquests continguts en l'educació mèdica, tant en la formació de grau com en la formació especialitzada, promovent el desenvolupament de l'empatia, la

resiliència i les habilitats comunicatives com a competències clau per a una pràctica clínica de qualitat i sostenible.

6. Educar en valors per sostenir el professionalisme en la medicina del futur

El recorregut conceptual i empíric desenvolupat al llarg d'aquest treball permet situar amb claredat que la medicina contemporània no només ha experimentat una transformació tecnocientífica sense precedents, sinó que ha vist profundament tensionats els seus fonaments ètics i professionals, en un context marcat per la complexitat, la pluralitat de valors i la creixent institucionalització de la pràctica clínica. En aquest escenari, el professionalisme no pot ser entès com una capa afegida ni com una qualitat accessòria del bon metge, sinó com l'eix vertebrador que articula la pràctica mèdica en tant que activitat moral orientada al bé del pacient, a la responsabilitat social i a la preservació de la confiança. Així, formar en professionalisme equival, en darrer terme, a formar en la mateixa essència de la medicina.

Tanmateix, malgrat aquest reconeixement teòric, una de les grans paradoxes de l'educació mèdica ha estat la persistència d'un model d'aprenentatge fonamentalment implícit, en què es pressuposa que els estudiants adquiriran els valors professionals per simple exposició a la pràctica clínica i al contacte amb els seus referents. Tal com ha posat de manifest la literatura sobre el currículum ocult, aquest procés existeix, però no és ni neutre ni necessàriament alineat amb els valors que es pretenen transmetre, ja que els estudiants interioritzen, sovint de manera acrítica, les dinàmiques, les actituds i les prioritats que observen en l'entorn clínic, incloent-hi aquelles que poden reflectir tensions, incoherències o desviacions respecte del discurs formal (57, 60, 84).

Aquesta constatació obliga a replantejar profundament el model educatiu i a avançar cap a una explicitació deliberada del professionalisme en el currículum. Fer explícits els valors no significa només enunciar-los, sinó definir-los operativament, situar-

los en context, sotmetre'ls a deliberació i integrar-los en la presa de decisions clíniques. Implica, en definitiva, reconèixer que el professionalisme és una competència complexa, susceptible de ser ensenyada, desenvolupada i avaluada, i que requereix espais pedagògics específics que en facilitin la comprensió i la interiorització (39, 85).

Aquest procés d'explicitació no pot limitar-se a intervencions puntuals o a assignatures específiques, sinó que exigeix una integració transversal i longitudinal al llarg de tota la formació mèdica. El professionalisme ha d'estar present tant en els continguts teòrics com en les pràctiques clíniques, en les relacions amb els pacients i en la cultura institucional que envolta l'aprenentatge. Només des d'aquesta coherència sistèmica és possible evitar la fragmentació entre el que es diu i el que es fa, i garantir que els valors esdevinguin un referent real en la construcció de la identitat professional.

Pel que fa a les estratègies d'aprenentatge, l'evidència apunta de manera consistent cap a la necessitat d'incorporar metodologies actives, experiencials i reflexives que permetin als estudiants enfrontar-se a situacions reals o simulades on els valors es posen en joc. L'anàlisi de casos clínics amb dilemes ètics del dia a dia, la identificació del distrés moral, la simulació, l'escriptura reflexiva o els portafolis no només faciliten la comprensió conceptual, sinó que promouen la integració dels valors en el judici clínic i en la presa de decisions (89-91). Aprendre professionalisme és, en gran part, aprendre a deliberar en contextos d'incertesa.

Ara bé, aquesta transformació no pot considerar-se completa si no s'acompanya d'una reflexió rigorosa sobre la seva avaluació. Un dels dèficits més rellevants identificats en la literatura és la tendència a no avaluar de manera sistemàtica el professionalisme, sovint per la percepció que es tracta d'una dimensió intangible o difícilment mesurable. No obstant això, aquesta absència d'avaluació no és neutra: allò que no s'avalua tendeix a perdre centralitat i a ser percebut com a secundari. En aquest sentit, avaluar el professionalisme no és

només una qüestió metodològica, sinó també una afirmació del seu valor com a competència essencial.

L'avaluació del professionalisme, tanmateix, requereix una aproximació complexa, multimodal i contextualitzada, que sigui capaç de captar la seva naturalesa dinàmica i situada. Les eines tradicionals d'avaluació del coneixement resulten insuficients per abordar aquesta dimensió, i és necessari recórrer a metodologies que incloguin l'observació directa en entorns clínics, el feedback estructurat, les avaluacions multisource o 360° i instruments específics d'avaluació en el lloc de treball (86-88). Aquesta combinació permet aproximar-se de manera més completa a les diferents facetes del professionalisme, des de les actituds fins als comportaments observables.

A més, és fonamental distingir entre les diferents dimensions que configuren el professionalisme, ja que no totes són susceptibles de ser avaluades de la mateixa manera. El coneixement ètic, la capacitat deliberativa i el comportament professional constitueixen nivells diferenciats que requereixen estratègies específiques. Aquesta distinció evita reduccionismes i permet una avaluació més ajustada a la complexitat real de la pràctica mèdica (62,86).

En aquest marc, el paper dels models professionals continua essent central i insubstituïble. Els estudiants aprenen, en gran mesura, a través de l'observació de la pràctica dels seus referents, i aquesta observació configura de manera decisiva la seva manera d'entendre què significa ser metge. Per això, la qüestió no és només què ensenyem, sinó qui som quan ensenyem. Un sistema que parla de compassió però funciona des de la pressa, que reivindica el pacient però prioritza l'eficiència, genera inevitablement una escissió que els estudiants perceben amb gran lucidesa. Un entorn que promou la reflexió, el respecte i la responsabilitat reforça el professionalisme, mentre que contextos marcats per la pressió assistencial, la despersonalització o el cinisme poden contribuir a la seva erosió (53, 92, 93).

Potser, en el fons, la qüestió del professionalisme no és només una qüestió educativa, sinó una qüestió de coherència. Coherència entre el que la medicina diu que és i el que realment fa, tal com la coherència entre els valors que proclama i les condicions en què s'exerceix, per això, la coherència entre els valors declarats i els comportaments observats esdevé un element crític. En aquest sentit, formar en professionalisme és també, inevitablement, transformar les condicions en què aquest professionalisme ha de viure.

Finalment, cal assumir que l'aprenentatge del professionalisme no és només una qüestió individual, sinó un procés col·lectiu que implica el conjunt de la institució i del sistema sanitari. Garantir la seva adquisició requereix alinear currículum, avaluació i cultura organitzativa en una mateixa direcció, reconeixent que els valors no es transmeten únicament a través de discursos, sinó també a través de les pràctiques, les estructures i les prioritats del sistema. En un món en constant transformació, sostenir el professionalisme no és preservar una tradició, sinó garantir que la medicina continuï essent una pràctica humanament significativa, moralment orientada i socialment legítima (39, 94).

Potser aquest és, en l'actualitat, un dels serveis més rellevants i inajornables que podem oferir tant a la medicina com al conjunt de la societat: contribuir a la formació de professionals que no es limitin a assolir l'excel·lència tècnica, sinó que encarnin plenament el sentit profund de la professió mèdica. Es tracta de formar metges altament competents en el domini del coneixement científic i de les habilitats clíniques, però igualment capaços d'exercir amb prudència, integritat i una autèntica sensibilitat humana davant la vulnerabilitat dels altres. En un context marcat per la complexitat tecnològica i la incertesa moral, la pràctica mèdica exigeix cada vegada més una capacitat deliberativa que integri criteris científics amb judicis de valor, tot orientant l'acció cap al bé del pacient i el respecte a la seva dignitat.

En aquest sentit, allò que la societat espera dels professionals de la salut no és únicament eficàcia en els resultats, sinó també una

forma de saviesa pràctica, en el sentit aristotèlic de *phronesis*, que permeti articular de manera harmònica coneixement, responsabilitat i humanitat. Aquesta exigència situa l'educació mèdica en valors en un lloc central i no merament accessori dins dels processos formatius, ja que és precisament en aquest espai on es configuren les actituds, els criteris i les disposicions que orientaran l'exercici professional al llarg de tota la vida. Així, lluny de ser un complement ornamental, la formació ètica i humanística es revela com el nucli constitutiu de la medicina mateixa, en tant que pràctica orientada no només a curar, sinó a cuidar persones en la seva totalitat.

En definitiva, formar metges en el segle XXI no consisteix únicament a transmetre coneixements científics cada vegada més complexos ni a entrenar habilitats tècniques cada vegada més sofisticades. Consisteix, sobretot, a preservar el sentit profund de la medicina com una pràctica humana orientada al bé de l'altre. En un temps en què la tecnologia, la burocràcia i les lògiques productives poden desplaçar el centre de gravetat de la professió, el gran repte és continuar formant professionals capaços de combinar excel·lència científica amb prudència, responsabilitat moral, empatia i compromís amb les persones. Perquè la confiança que la societat diposita en els metges no depèn només del que sabem fer, sinó també de com ho fem i des de quins valors actuem. Potser, al final, la pregunta fonamental no és només quina medicina volem construir, sinó quin tipus de professionals i quin tipus de societat volem arribar a ser. I és precisament aquí on l'educació en valors, el professionalisme i la cura de la dimensió humana de la medicina deixen de ser un complement per convertir-se en una necessitat imprescindible per al futur de la professió.

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

DR. JOAN VIÑAS I SALAS

Excel·lentíssim Sr. President,
Molt il·lustres acadèmiques i acadèmics,
Digníssimes autoritats,
Senyores i senyors,

En primer lloc, voldria expressar el meu agraïment a l'Excel·lentíssim Sr. President i a la Junta de Govern l'encàrrec de fer el discurs de resposta a la Dra. Montserrat Esquerda Aresté, en nom de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

La Dra. Montserrat Esquerda ocuparà el setial del Dr. Miquel Bruguera, que va passar a membre emèrit. Del Dr. Bruguera esmentaré que és una persona que sempre he admirat per la seva trajectòria professional des de que el vaig conèixer com hepatòleg de l'Hospital Clínic de Barcelona i del que he après molt, sobretot com president del Col·legi de metges de Barcelona, etapa en la que va promoure una major unió entre les facultats de medicina i els Col·legis de Metges, assistint a varies reunions que ell convocava com degà de la de Lleida. Segueix compromès com amb la seva dedicació actual com promotor i responsable, entre d'altres, de la Galeria de metges catalans del COMB. Ara la Dra. Esquerda el succeeix en la RAMC. Estic segur que seguirà les seves petjades i aportarà a la RAMC el coneixement bioètic tant important en l'exercici de la medicina.

Primera part

Faré un breu repàs i valoració del currículum de la Dra. Montserrat Esquerda, que conec bé, ja que destacava des de estudianta de medicina, junt amb el seu company de curs i que seria el seu espòs el Dr. Josep Pifarré Parerero.

La Dra. Montserrat Esquerda i Aresté és pediatra i bioeticista que combina l'assistència clínica, la docència universitària, la recerca i el compromís institucional. La seva tasca s'ha centrat en la pediatria, la bioètica i l'atenció al dol en la infància i adolescència. És una persona estudiosa, lectora incansable i treballadora infatigable.

Va néixer el 1969. Procedeix d'un poble Llardecans del Segrià a 33 Km de Lleida de les Garrigues.

Formació: Estudià al col·legi Arc d'Adà de Llardecans, a les Dominiques de Lleida i va fer el COU al col·legi Episcopal de Lleida. Va entrar a la Facultat de Medicina a Lleida el 1987. Es llicencià el 1993 amb premi extraordinari. Va especialitzar-se en Pediatria fent la Residència a l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron (1994-1997). Es Doctora en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona el 2002 amb la tesi doctoral: "Glomeruloesclerosi segmentaria i focal en nens", amb excel.lent cum laude.

Es va llicenciar en Psicologia per la UNED el 2002. Màster en bioètica i dret a la Universitat de Barcelona el 2006.

Des del punt de vista assistencial va començar fent guàrdies de Pediatria a l'HUAV i cobrint places de Pediatria als CAPS de l'ICS de Lleida, entre d'altres. Posteriorment es va vincular a la salut mental infanto-juvenil de des de 2006, amb especial dedicació als nens i joves que travessen processos de dol complex o traumàtic i, des del 2017, any en que es va inaugurar, a l'Hospital de S. Joan de Déu Terres de Lleida, on segueix treballant en l'actualitat.

Des del punt de vista de docència, ha estat professora associada de Bioètica de la Llicenciatura i Grau de Medicina de la Universitat de Lleida des de 2007 a 2024, dirigint 9 tesis doctorals, 25 tesines de màster i 26 treballs de fi de grau. És professora visitant en el Màster

en Bioètica de la Universidad del Desarrollo de Santiago de Xile i del Màster de bioètica de la Universitat de Comillas, des de 2014. Ha impartit 500 conferències i participacions en taules rodones nacionals i internacionals.

Des del punt de vista de recerca, les seves principals línies d'investigació abasten la bioètica, l'educació mèdica en valors, l'ètica professional, així com l'afrontament de la mort i el dol en l'àmbit sanitari i infanto-juvenil. Des del 2014 és membre de la Comissió de Recerca de la Universitat Ramon Llull.

Té 61 articles publicats en revistes indexades a WOS/SCOPUS. 27 articles en altres revistes i 23 capítols de llibres i 5 llibres publicats

Des del punt de vista de direcció i gestió acadèmica va ser nomenada l'any 2014 directora de l'Institut Borja de Bioètica de la Universitat Ramon Llull, institut pioner a Europa que havia fundat el Dr. Francesc Abel, membre numerari de la RAMC, el primer membre especialment dedicat a la bioètica i del que guardem un gran record i agraïment pels seus ensenyaments i mestratge; va ser el meu mestre de Bioètica i un bon amic i confident. El càrrec el va desenvolupar fins 2024. En el IBB va dirigir el Màster Universitari en Bioètica, i el Doctorat Oficial en Bioètica, únic a Catalunya, així com títols de postgrau especialitzats en ètica aplicada en l'àmbit sanitari i social.

El 2025 va assumir el càrrec de degana de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, que el curs vinent comença els estudis del grau de Medicina.

El seu compromís ètic i social es reflexa en la participació activa en varies ***Societats Professionals i Institucions***:

- Presidenta de la Comissió de Deontologia del Col·legi Oficial de Metges de Lleida des de 2012.
- Presidenta de la Comissió de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya des del 2019.
- Presidenta del Comitè d'Ètica Assistencial Sant Joan de Déu Terres de Lleida des de 2020.
- Membre de Comitès d'Ètica Assistencial

- Membre del Comitè d'Ètica Assistencial Parc Sanitari Sant Joan de Déu (2007-2020), de l'Espai de reflexió Ètica d'ALLEM (Federació d'Entitats Socials acompanyants de persones amb discapacitat intel·lectual) (2011-2016) i del Comitè d'Ètica de la Universitat de Lleida 2008-12
- Presidenta del Comitè d'Ètica assistencial Sant Joan de Déu Terres de Lleida des de la creació al 2020 fins l'actualitat.
- Membre de la Comissió d'Ètica de la Recerca de la Universitat Ramon Llull des de 2014.
- Membre del Grup d'Ètica i Bones pràctiques de la Unió catalana d'Hospitals des de 2019.
- Membre del Comitè d'Ètica de la SEMFyC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 2020-actualitat
- Ombudsperson de la Fundació per la Recerca de Sant Joan de Déu, des de 2018 fins l'actualitat. 2020 fins actualitat
- Vocal de la Junta de la Societat Espanyola d'Educació Mèdica 2019-2024.
- A més la Dra. Esquerda ha mantingut sempre un *compromís social* per la seva vocació solidària, exercint una intensa activitat solidària:

Va col·laborar amb Medicus Mundi Catalunya a Lleida (1995-2015). Del 2002 fins el 2019 va ser la Delegada Diocesana de Pastoral de la Salut del Bisbat de Lleida i va co-fundar, junt amb la Dra. Anna M^a Agustí Farreny, l'Associació de Grups d'Acompanyament al Dol de Lleida, que acompanya a nens i famílies en processos de dol i les jornades anuals d'acompanyament al dol i la malaltia de la Universitat de Lleida (2004-2022). que aquest 2026 han arribat a la dinovena edició Ha dirigit el curs d'especialista universitari d'acompanyament al dol de la Universitat de Lleida des de 2013 fins 2023, les jornades de Bioètica de la Universitat de Lleida i Institut Borja de Bioètica des de 2004 fins 2024.

Membre de les següents Acadèmies:

Va ser escollida Acadèmica Corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya el 2021. És vicepresidenta segona de la Junta de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears, des de 2020. Va ingressar com Acadèmica de número en l'Academia Médico-Quirúrgica Española el 2025.

La seva trajectòria ha estat reconeguda amb diferents guardons, entre els que destaquen:

Premi a l'Excel·lència Professional en humanitats del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya l'any 2005. XIX Premi "Reflexiones" de la revista Redacció Mèdica l'any 2020. Inclosa en la xarxa de líders innovadors: "Los 100 mejores de COTEC", de la fundació COTEC per la innovació (2024). Medalla Josep Trueta al mèrit sanitari 2025, otorgada per la Generalitat de Catalunya el 12 de novembre de 2025.

La doctora Montserrat Esquerda ha gaudit sempre de l'ajut incondicional i inestimable del seu marit el Prof. agregat de psiquiatria de la Universitat de Lleida Josep Pifarré, actual Director General de l'Ordre de Sant Joan de Déu d'Espanya.

Crec que amb aquest resum del seu currículum queda demostrada la vàlua personal, acadèmica, assistencial, docent, de recerca i de gestió de la Dra. Montserrat Esquerda Aresté, que la fan apte per formar part de la RAMC.

Segona part

Em pertoca fer una breu valoració del discurs de la Dra. Montserrat Esquerda. Al ser coneixedora profunda de la bioètica i compromesa amb l'humanisme cristià i la deontologia professional, ha decidit fer el discurs d'entrada reflexionant sobre l'aprenentatge dels valors i el professionalisme en la medicina del segle XXI i el seu ensenyament en les facultats de medicina. El seu discurs és una invitació a repensar amb profunditat què vol dir fer de metge avui, enmig d'una medicina tecnificada, burocratitzada i socialment tensionada.

La ponència que hem escoltat s'alineja al que compartim molts de nosaltres. La medicina ha canviat més en poques dècades que en molts segles. Fa ja molts anys – finals dels 80 del segle passat - que el Dr. Francesc Abel deia que la medicina havia avançat més en els darrers 25 anys que en 25 segles, però les competències tècniques són condició necessària, però no suficient, per a una bona pràctica mèdica. La medicina guanya constantment en eficàcia, està basada en proves i és capaç de modificar radicalment el curs de moltes malalties. Però alhora la Dra. Esquerda ens recorda que la medicina és, abans que res, una activitat moral, ètica, social i relacional. Una pràctica centrada en el bé de la persona malalta. Ressaltar aquesta centralitat dels valors no és una nostàlgia humanista, sinó una exigència de qualitat assistencial, de seguretat i, també, de rigor científic. Aquesta expansió de possibilitats ha obert tensions noves: entre curar i cuidar, entre allò que és tècnicament possible i allò que és humanament desitjable.

La Dra. Esquerda subratlla que no ha canviat només la medicina; ha canviat la societat en què la medicina s'exerceix. Hem passat d'un món de "codi únic" a un món de "codis múltiples", d'un marc de valors relativament homogeni a un pluralisme moral complex, en què conviuen concepcions diverses del benestar, de l'autonomia i del límit. De totes maneres cal recordar que els valors o principis de la medicina no són relatius. La seva adaptació als canvis socials, polítics i tecnològics no han de suposar la seva conculcació.

Aquest pas del paternalisme a l'autonomia, i d'aquí a l'"edat de la burocràcia", tal com recull de Siegler, ajuda a comprendre el desencaix actual entre vocació, condicions d'exercici i expectatives socials. És una anàlisi lúcida del que alguns autors han anomenat "fals contracte social" entre medicina i societat.

El discurs és especialment pertinent perquè aborda aquest tema des del lloc on realment es juga el futur de la professió: la formació. No parla dels valors de manera abstracta, sinó de l'aprenentatge dels valors. Insisteix que el professionalisme no es transmet només amb discursos, sinó a través de currículums explícits, d'entorns

institucionals coherents i, sobretot, d'exemples vius. Aquesta mirada educativa, tan arrelada en l'experiència docent i en la bioètica aplicada, dóna a la seva proposta un gruix pràctic que la fa molt útil per a facultats de medicina, hospitals docents i col·legis professionals.

El professionalisme no és presentat com una nostàlgia corporativa, sinó com una resposta necessària a la crisi de sentit de la professió. La Dra. Esquerda insisteix que la medicina continua essent una pràctica amb contingut moral perquè continua tractant amb persones concretes, vulnerables i irrepetibles. No és una ciència pura, ni només un ofici tècnic: és una pràctica de base científica que integra coneixement, relació i judici moral. Citant a Lain Entralgo, ens recorda la triple confiança que sosté la professió —en la capacitat de la medicina per ajudar, en la competència del professional i en la seva integritat moral— i mostra com aquesta confiança es pot erosionar si reduïm la nostra tasca a una aplicació acrítica de protocols. El mateix president nostre, Dr. Miquel Vilardell, té llibres publicats al respecte. En el llibre “Confessions d'un metge, Ser metge”, insisteix en que s'ha de ser un bon metge i un metge bo.

La Dra. Esquerda assenyala les dificultats específiques del segle XXI. Parla de la pressió assistencial i de la burocràcia que devoren temps de relació; de l'impacte de la tecnologia i de la intel·ligència artificial; de la fragmentació de l'atenció i de la medicina cada cop més subespecialitzada; de la medicalització de molts àmbits de la vida. Hi ha el perill d'aplicar els protocols clínics despersonalitzats. Per això jo prefereixo denominar-los “guies de bona pràctica clínica”, a diferència del protocols de recerca que són rígids, ja que s'han d'adaptar a les necessitats de cada pacient. En aquest context, el risc és que el pacient esdevingui cas, episodi, procés, però no persona. Les restriccions econòmiques, l'excés de visites, amb poc temps per dedicar a cada pacient, les llargues llistes d'espera que també afecten la moral del metge, que veu com el pacient pateix i no pot fer-hi res; és una segona víctima. Metge que pot veure's convertit en “doble agent”: lleial a l'administració o al malalt, sent difícil a vegades compaginar-los.

El principal centre del metge és el pacient, cercar, personalitant l'assistència, la seva curació sempre que sigui possible, o tenir cura d'ell o acompanyar-lo, mai abandonar-lo. La confiança metge-pacient és essencial per poder dur a terme un bon acte mèdic. La qualitat de l'assistència està fonamentada en els pilars: tècnica i coneixements actualitzats, humanització, ètica i percepció de qualitat per part del pacient. La medicina és una ciència, ja que es basa en el coneixement científic que és el que l'ha fet avançar des de que els bruixots de les tribus la consideraven una màgia. Però no és solament ciència, com pot ser la biomedicina o la biotecnologia, per exemple, sinó que, com no tractem amb màquines espatllades, sinó amb humans, la part humanística és essencial. La medicina ha de tenir una visió holística.

S'ha de ser un bon professional. El metge no ha de claudicar de la seva funció.. No pot abandonar al malalt per por a denúncia o altra causa. Tots som iguals en drets i dignitat, com humans que som. L'autonomia del malalt, un dret aconseguit en els darrers anys, no suposa que siguem iguals en capacitats; el malalt està debilitat i la seva presa de decisió ha d'estar acompanyada pel metge. Seria un mal exercici de l'autonomia; se l'ha d'aconsellar. L'autonomia ja de ser relacional. A més, no sempre es pot accedir als desitjos del malalt, que poden anar contra la seva salut i benestar si van contra la bona pràctica mèdica i científica del moment en el que vivim. Una cosa és no imposar un tractament, i un altra és aplicar un tractament que el metge considera nociu pel malalt. El compromís moral i ètic dels metges és superior al de la societat en general, tenim la deontologia professional, els codis deontològics són més exigents que la moralitat comuna de la llei.

El seu text és, en aquest sentit, una crida a resistir la despersonalització des d'un professionalisme articulat al voltant de la dignitat, el respecte i la responsabilitat.

El discurs demostra que empatia, compassió i qualitat de la relació clínica tenen un impacte clínic mesurable. La síntesi de la literatura sobre "Compassionomics", les revisions sistemàtiques i el metanàlisi en pacients oncològics que cita, mostren que una relació

respectuosa i empàtica millora l'adherència, redueix l'ansietat, pot abreujar estades i fins i tot disminuir costos. Els valors no són només un ideal moral; formen part de la bona praxis basada en evidències.

M'agrada subratllar la manera com integra diferents dimensions dels valors professionals. No es queda en declaracions genèriques sobre "vocació" o "humanisme", sinó que desplega el professionalisme en components concrets: el compromís amb el pacient i amb la seva autonomia, la competència tècnica i ètica, l'honestedat, la justícia en l'ús dels recursos, la feina en equip i la capacitat d'autoreflexió. Aquesta desagregació és fonamental, perquè permet passar de les grans paraules a criteris observables, ensenyables i avaluables.

Un altra aspecte del seu discurs és que assumeix el paper del sistema i de les institucions. No posa tota la càrrega sobre l'estudiant o el professional individual. Ens recorda que és incoherent exigir cura, empatia i temps per escoltar, si els dispositius organitzatius ho fan impossible. Relata el malestar del metge al sentir-se "traït" respecte a la promesa implícita de la professió, en la mesura que l'exercici real s'allunya dels ideals que havien donat sentit a la vocació mèdica. L'aplicació de la Llei de l'eutanàsia accentua molt aquest malestar, de manera que inclòs l'administració dona dos dies de permís als metges que la practiquen pel seu distrès moral. Hi ha conflicte de valors.

Així, la Dra. Esquerda situa el discurs dels valors en un nivell estructural: parla de cultura institucional, de lideratge ètic, d'espais de deliberació i de protecció davant del desgast i el burnout. El missatge és clar: tenir bons professionals exigeix institucions que també siguin èticament bones.

Des del punt de vista pedagògic, el text proposa línies d'acció molt concretes: donar espai a la reflexió sobre experiències reals de patiment i de límit; incorporar la bioètica de manera transversal; treballar la comunicació, el treball en equip i la gestió dels errors; promoure el feedback honest i respectuós; cuidar el rol del mentor com a model de professionalisme.

Exposa, per una banda, amb la importància del currículum ocult: allò que els estudiants aprenen observant jerarquies, actituds davant la incertesa, maneres de parlar o de no parlar amb pacients i famílies. D'altra banda, reclama una explicitació deliberada del professionalisme al currículum: definir-lo, discutir-lo, integrar-lo en la pràctica clínica, avaluar-lo amb rigor.

La crítica al desajust entre currículum formal i currículum ocult és especialment interpel·ladora. Parlem d'empatia, però funcionem amb pressa; proclamem la centralitat del pacient, però es premia sobretot l'activitat i els indicadors quantitius. El discurs de la Dra. Esquerda ens convida a revisar aquesta incoherència. No es tracta només de "fer més classes d'ètica", sinó de qüestionar la cultura institucional, els models de rol, les estructures que faciliten o dificulten el temps per escoltar, per deliberar, per reflexionar.

La ponent defensa metodologies actives i experiencials: anàlisi de casos quotidians, escriptura reflexiva, portafolis, simulació, feedback estructurat, avaluació 360 graus. Però alhora adverteix que tot això serà insuficient si no acompanyem els estudiants en la construcció de la seva identitat moral com a metges. En clau aristotèlica, podríem dir que proposa formar no només competències, sinó *phronesis*: aquella prudència pràctica que integra coneixement, valors i decisió en situacions reals.

Són propostes perfectament alineades amb l'evidència internacional sobre formació en professionalisme, però arrelades en el nostre context sanitari i universitari, cosa que n'augmenta la credibilitat i l'aplicabilitat.

Els professors de medicina hem de ser honestos amb els estudiants i fer-los veure que no ho sabem tot, que el dubte forma part de l'exercici de la medicina. Això no sols agradar als alumnes, que cerquen seguretats i valoren més al professor que no dubta, que ho sap tot, que els fa aprendre els símptomes i els tractaments sense crítica.

En la formació o desenvolupament professional continu dels professionals de la salut és molt important incloure no sols

aspectes tècnic i científics, sinó també morals i ètics, ensenyar el professionalisme. És essencial perquè els alumnes aprenen més del comportament real a la clínica del metge tutor, que no de les classes teòriques o seminaris a l'aula, “fets i no paraules”.

El text no idealitza el metge com un heroi sense ombres, però tampoc cau en la temptació, molt actual, de reduir la medicina a un mer servei tècnic. És un text que confia en la capacitat de creixement moral dels professionals, però que alhora reconeix la vulnerabilitat, la fatiga i els riscos de deshumanització. Aquesta combinació de lucidesa i esperança fa que el discurs interpel·li tant els joves com els veterans, tant els clínics assistencials com els gestors i els acadèmics.

Per a una Acadèmia com la nostra, La Dra. Esquerda estimula línies de treball i recerca molt concretes. Alguns membres de la RAMC sou experts i treballeu i publiqueu al respecte des de fa anys: Recerca sobre professionalisme, educació mèdica, currículum ocult i erosió o preservació de l'empatia, les necessàries reformes curriculars amb canvis institucionals: espais de supervisió, programes de mentoring, reconeixement de la tasca ètica i relacional, no només dels indicadors de producció. L'oportunitat de liderar, des de Catalunya, una reflexió sobre un nou contracte social entre medicina i societat, que faci compatibles la responsabilitat amb la sostenibilitat, l'autonomia amb la vulnerabilitat, la ciència amb la cura. El malestar dels metges que actualment han portat al carrer és una mostra més de la necessitat d'importantes reformes.

Permetin-me acabar amb una consideració més personal. En un temps en què molts professionals viuen tensions importants entre la vocació i la precarietat, entre la confiança i la sospita, entre l'autonomia i la judicialització; fatiga moral, *burnout* i sensació de traïció respecte als ideals que els van portar a estudiar medicina, el discurs com el de la Dra. Montserrat Esquerda són necessaris. Reconeix les ombres del sistema, però manté la convicció que és possible, i necessari, formar metges que siguin alhora científicament excel·lents i profundament humans. Ens ajuda a recordar per què vam entrar en medicina, què volem conservar i què cal transformar.

Ens retornen a les preguntes fonamentals: quin tipus de metges volem ser i quin tipus de cultura sanitària volem deixar als qui venen darrere. Ens recorda que la qualitat de la medicina del futur dependrà tant de la recerca i la tecnologia com de la nostra capacitat per educar en valors, per cuidar els qui cuiden i per preservar el nucli moral de la professió. L'ús de l'anomenada Intel·ligència Artificial, que ben aviat serà d'ús diari en la pràctica mèdica, és sols una tecnologia que ajuda; mai pot substituir al professional de la salut que atén a persones, pel que interacciona humanament.

Si la medicina del segle XXI ha de ser, com desitgem, una medicina al servei de la persona, la via que avui se'ns ha proposat —la via del professionalisme viscut, pensat i ensenyat— no és un luxe opcional: és una necessitat.

El discurs és també, en si mateix, un exemple de coherència biogràfica. El recorregut que la Dra. Esquerda descriu —pediatria, salut mental infantojuvenil, dol infantil, bioètica, deontologia, comitès d'ètica, direcció de l'Institut Borja i actualment, degana d'una facultat que impulsa un nou grau de medicina—, dona credibilitat a la seva veu. No parla des d'un despatx aliè a la clínica; parla des de l'experiència acumulada d'acompanyar infants, adolescents i famílies en situacions límit, de deliberar en comitès d'ètica, de formar generacions d'estudiants i de liderar institucions. Aquesta trajectòria fa que la seva reflexió sobre valors i professionalisme no sigui teòrica, sinó profundament arrelada en la pràctica

Per tot l'esmentat, crec que la RAMC s'enriqueix al poder comptar entre els seus membres numeraris amb la Dra. Montserrat Esquerda, pel que demano al Dr. Miquel Vilardell, President de la RAMC, que li doni les credencials i l'imposi la medalla de membre d'aquesta Acadèmia.

Moltes gràcies

Dr. Joan Viñas i Salas
Membre Numerari de la Reial Acadèmia
de Medicina de Catalunya

Referencies

1. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007.
2. Mukherjee S. The laws of medicine. New York: Simon & Schuster; 2015.
3. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Little, Brown; 1999.
4. O'Mahony S. Can medicine be cured? The corruption of a profession. London: Bloomsbury Publishing; 2019.
5. Bynum B. Shedding new light on the story of penicillin. *Lancet*. 2007;369(9578):1991-2.
6. Ferriman A. BMJ readers choose the “sanitary revolution” as greatest medical advance since 1840. *BMJ*. 2007.
7. Watts G. Let's pension off the “major breakthrough”. *BMJ*. 2007;334(Suppl 1):S4.
8. Koplan JP. I've got a little list. *BMJ*. 2007;334(Suppl 1):S20.
9. Hampton JR. The rise and fall of modern medicine. *J R Soc Med*. 1999;92(6):319-20.
10. Comroe JH, Dripps RD. Scientific basis for the support of medical science. *Science*. 1976;192:105-11.
11. Wilkinson L. Sir Austin Bradford Hill: medical statistics and the quantitative approach to prevention of disease. *Addiction*. 1997;92(6):657-66.
12. Pellegrino ED. The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J Med Philos*. 2001;26(6):559-79.
13. Siegler M. The progression of medicine: from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. *Arch Intern Med*. 1985;145(4):713-5.
14. Tai-Seale M, Olson CW, Li J, Chan AS, Morikawa C, Durbin M, et al. Electronic health record logs indicate that physicians split time evenly between seeing patients and desktop medicine. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36:655-62. doi:10.1377/hlthaff.2016.0811.

15. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med.* 2016;165:753-60. doi:10.7326/M16-0961.
16. Hill RG Jr, Sears LM, Melanson SW. 4000 clicks: a productivity analysis of electronic medical records in a community hospital ED. *Am J Emerg Med.* 2013;31:1591-4.
17. Gawande A. Why doctors hate their computers. *New Yorker.* 2018.
18. Pardell Alentà H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educ Med.* 2003;6(2):7-24.
19. Pardell H. El nuevo profesionalismo médico: una ideología expresada en conductas. *Monogr Humanitas.* 2004;7:11-22.
20. Gual Sala A, Oriol Bosch A, Pardell Alentà H. El médico del futuro. *Med Clin (Barc).* 2010;134(8):363-8.
21. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ.* 2001;322(7294):1073-4.
22. Jovell AJ. Contrato social y valores en la profesión médica. *Rev Adm Sanit Siglo XXI.* 2005:495-503.
23. Jovell AJ, Rubio MDN. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Ecuador: Fundación Alternativas; 2006.
24. Ofri D. The covenant. *Acad Med.* 2019;94(11):1646-8.
25. Esquerda M, Terés J. Pandemia COVID-19, profesionalismo y contrato social. *Rev Clin Esp.* 2021:494-9.
26. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002;136(3):243-6. doi:10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012.
27. Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Inst Ethics J.* 1995;5(3):253-77.
28. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo: teoría y práctica. Madrid: Revista de Occidente; 1964.

29. Ortega y Gasset J. Misión de la Universidad. En: Obras completas. Tomo IV. Madrid: Revista de Occidente; 1930.
30. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL. Medical professionalism in society. *N Engl J Med*. 1999;341:1612-6.
31. Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mt Sinai J Med*. 2002;69(6):378-84.
32. Emanuel L, Wynia M, Latham S. Medical professionalism in society. *N Engl J Med*. 2000;342(17):1289-93.
33. Trzeciak S, Mazzealli A. Compassionomics: The revolutionary scientific evidence that caring makes a difference. Gulf Breeze (FL): Studer Group; 2019.
34. van Vliet LM, Epstein AS, Bensing JM. Patients' and clinicians' perceptions of clinician-expressed empathy in advanced cancer consultations. *J Palliat Med*. 2020;23(10):1355–62.
35. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2022;72(715):e99–107.
36. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. The association of physician empathy with cancer patient outcomes: A meta-analysis. *Psychooncology*. 2023;32(5):643–55.
37. Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol*. 1999;17(1):371.
38. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism and medicine's social contract. *Focus Health Prof Educ*. 2014;16(1):4-19.
39. Cruess RL, Cruess SR. Teaching professionalism: general principles. *Med Teach*. 2006;28(3):205-8.
40. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism and medicine's social contract with society. *Virtual Mentor*. 2004;6(4):185-8.
41. Cruess RL, Cruess SR. Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med*. 1997;72(11):941-52.

42. Nuffield Council on Bioethics. What's on the horizon [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 30]. Available from: <https://view.genially.com/6540d2417187730011c73926>
43. Ferreira-Padilla G, Ferrandez-Anton T, Lolas-Stepke F, Almeida-Cabrera R, Brunet J, Bosch-Barrera J. Ethics competences in the undergraduate medical education curriculum: the Spanish experience. *Croat Med J.* 2016;57(5):493-503.
44. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* 5th ed. New York: Oxford University Press.
45. Childress JF, Beauchamp TL. Common morality principles in biomedical ethics: responses to critics. *Camb Q Healthc Ethics.* 2022;31(2):164-76.
46. Rhodes R. Medical ethics: common or uncommon morality? *Camb Q Healthc Ethics.* 2020;29(3):404-20.
47. Rhodes R. *The trusted doctor: medical ethics and professionalism.* Oxford: Oxford University Press; 2020.
48. Pellegrino ED. *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader.* Notre Dame: University of Notre Dame Press; 2008.
49. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice.* New York: Oxford University Press; 1993.
50. Boon K, Turner J. Ethical and professional conduct of medical students: review of current assessment measures and controversies. *J Med Ethics.* 2004;30(2):221-6.
51. González-Blázquez FJ, Ruiz-Hontangas A, López-Mora C. Bioethical knowledge in students and health professionals: a systematic review. *Front Med (Lausanne).* 2024;11:1252386.
52. Passi V, Doug M, Peile ED, Thistlethwaite J, Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *Int J Med Educ.* 2010;1:19.
53. Stern DT, Papadakis M. The developing physician-becoming a professional. *N Engl J Med.* 2006;355(17):1794-9.
54. Goldie J. The formation of professional identity in medical students: considerations for educators. *Med Teach.* 2012;34(9):e641-8.

55. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: a BEME systematic review. BEME Guide No. 25. *Med Teach*. 2013;35(7):e1252-66.
56. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity: general principles. *Med Teach*. 2019;41(6):641-9.
57. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994;69(11):861-71.
58. Neumann M, Edelhäuser F, Scheffer C. Faculty empathy and the hidden curriculum. *Acad Med*. 2012;87(4):389.
59. Brown ME, Coker O, Heybourne A, Finn GM. Exploring the hidden curriculum's impact on medical students: professionalism, identity formation and the need for transparency. *Med Sci Educ*. 2020;30(3):1107-21.
60. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73(4):403-7.
61. Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. The hidden curricula of medical education: a scoping review. *Acad Med*. 2018;93(4):648-56.
62. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. *Acad Med*. 2005;80(12):1143-52.
63. Esquerda M, Pifarré J, Roig H, Busquets E, Yuguero O, Viñas J. Evaluando la enseñanza de la bioética: formando «médicos virtuosos» o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. *Aten Primaria*. 2019;51(2):99-104.
64. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91.
65. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(1):26.

66. Howick J, Dudko M, Feng SN, Ahmed AA, Alluri N, Nockels K, et al. Why might medical student empathy change throughout medical school? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):270.
67. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria.* 2016;48(1):8-14.
68. Amorós Galitó E, Esquerda i Aresté M, Agustí Farreny AM, Kiskeri A, Prat Corominas J, Viñas Salas J, et al. ¿Han llegado los millennials a la facultad de medicina? Perfil de personalidad de estudiantes de medicina 1999-2014.
69. Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-González J, Pifarré J. Ética y empatía: relación entre razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía en estudiantes de medicina. *Rev Clin Esp.* 2019;219(2):73-8.
70. Agustí AM, Esquerda M, Amorós E, Kiskerri A, Nabal M, Viñas J. Miedo a la muerte en estudiantes de medicina. *Med Paliat.* 2018;25(4):230-5.
71. Oró P, Esquerda M, Viñas J, Yuguero O, Pifarré J. Síntomas psicopatológicos, estrés y burnout en estudiantes de medicina. *Educ Med.* 2019;20:42-8.
72. Oró P, Esquerda M, Mas B, Viñas J, Yuguero O, Pifarré J. Effectiveness of a mindfulness-based programme on perceived stress, psychopathological symptomatology and burnout in medical students. *Mindfulness (N Y).* 2021;12(5):1138-47.
73. Oró P, Esquerda M, Viñas-Salas J, Soler-González J, Pifarré J. Mindfulness en estudiantes de medicina. *FEM (Barc).* 2015;18(5):305-12.
74. Pal.lés Argullós J. Clima educativo en las facultades de medicina. *FEM (Barc).* 2014;17(1):7-10.
75. Esquerda, M., Garcia-Estañ, J., Ruiz-Rosales, A., Garcia-Abajo, J. M., & Millan, J. (2023). Academic climate and psychopathological symptomatology in Spanish medical students. *BMC Medical Education*, 23(1), 843.

76. Esquerda, M., Garcia-Estañ, J., Ruiz-Rosales, A., Garcia-Abajo, J. M., & Millan, J. (2024). Relationship between academic climate and burnout in Spanish medical schools. *Educación médica*, 25(6), 100955.
77. Yuguero, O., Ramon Marsal, J., Esquerda, M., Vivanco, L., & Soler-González, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *European Journal of General Practice*, 23(1), 4-10.
78. Yuguero, O., Marsal, J. R., Esquerda, M., & Soler-González, J. (2017). Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Family Practice*, 18(1), 63.
79. Yuguero, O., Marsal, J. R., Buti, M., Esquerda, M., & Soler-González, J. (2017). Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC medical ethics*, 18(1), 54.
80. Yuguero, O., Melnick, E. R., Marsal, J. R., Esquerda, M., & Soler-Gonzalez, J. (2018). Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain. *BMJ open*, 8(7), e020949.
81. Yuguero Torres, O., Esquerda Aresté, M., Marsal Mora, J. R., & Soler-González, J. (2015). Association between sick leave prescribing practices and physician burnout and empathy. *PLoS One*, 10(7), e0133379.
82. Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J., & Viñas, J. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: a cross-sectional study. *Medicine*, 96(37), e8030.
83. Yuguero Torres, O., Rius, N., Soler González, J., & Esquerda i Aresté, M. (2022). Increase of burnout among emergency department professionals due to emotional exhaustion during the SARS-Cov2 pandemic: Evolution from 2016 to 2021. *Medicine*. 2022;101(47):e31887.
84. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education. *BMJ*. 2004;329(7469):770–3.
85. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum. *Med Teach*. 2012;34(2):e64–77.

86. Norcini JJ, Burch V. Workplace-based assessment. *Med Teach*. 2007;29(9-10):855–71.
87. Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R, et al. Assessment of professionalism. *Med Teach*. 2011;33(5):354–63.
88. Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism. *Acad Med*. 2009;84(5):551–8.
89. Branch WT Jr. Teaching professional and humanistic values. *J Gen Intern Med*. 2015;30(3):356–9.
90. Wear D, Zarconi J. Can compassion be taught? *Acad Med*. 2008;83(10):948–53.
91. Wald HS, Reis SP. Beyond the margins: reflective writing and development of reflective capacity. *Med Educ*. 2010;44(7):746–54.
92. Ginsburg S, Regehr G, Lingard L. The paradox of the emerging professional stance. *Med Educ*. 2003;37(4):350–7.
93. Passi V, Johnson N, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson M. Doctor role modelling in medical education. *BMC Med Educ*. 2013;13:142.
94. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout. *J Intern Med*. 2018;283(6):516–29.