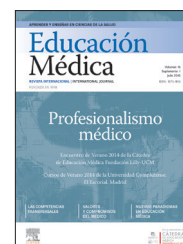




Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



Profesionalismo o profesionalidad médica

Jaime Merino Sánchez

Catedrático de Patología General, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante, Alicante, España
Jefe de Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

PALABRAS CLAVE

Profesionalismo
Crisis
Medicina tradicional
Medicina centrada
en el paciente

Resumen En este artículo se contemplan los siguientes aspectos: ¿En qué consiste el profesionalismo? ¿Está en crisis el modelo de relación médico-enfermo de la medicina occidental tradicional? ¿Cuáles serían los posibles factores implicados en esta crisis? ¿Cuáles podrían ser las causas de la crisis del modelo? ¿Existe un tratamiento para esta crisis? Contenidos del profesionalismo: principios y compromisos. ¿Qué ha conseguido la cultura del profesionalismo?

En resumen, y como conclusiones, la práctica médica centrada en el paciente y el profesionalismo son buenos ejemplos para actuar correctamente y una buena guía para orientarnos en las dificultades diarias. A través de ellas lograremos mejorar nuestra relación con el enfermo y una mayor confianza de la sociedad.

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

KEYWORDS

Professionalism
Crisis
Traditional medicine
Patient-centered
medicine

Professionalism or medical professionalism

Abstract This article includes the following aspects: What is professionalism? Is the traditional Western medicine medical relationship model in crisis? Which would be the possible factors involved in this crisis? What might be the causes of the crisis of the model? Is there a treatment for this crisis? Contents of professionalism: Principles and Commitments. What has gotten the culture of professionalism?

Summary, and conclusions: the patient-centered medical practice and professionalism are good examples to act properly and a good guide to orient ourselves in the daily difficulties. Through them we will achieve to improve our relationship with the patient and increase confidence among society.

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

¿En qué consiste el profesionalismo?

Es un compromiso que el médico voluntariamente asume consigo mismo y con la sociedad por el que se compromete a actuar en su profesión con valores éticos. No lo firma ante un juez o un notario, lo carga sobre su conciencia, con él limita voluntariamente sus poderes y asume una serie importante

de obligaciones en su práctica clínica. Los médicos pretendemos curar, aliviar o reconfortar a nuestros enfermos. Ello lo hacemos a través de diagnosticarles, hacer un juicio pronóstico e indicar un determinado tratamiento. En todo momento, la relación con ellos (la relación médico-enfermo) es clave. Y es lo que llamamos práctica médica. La que se practica en Occidente, en la llamada medicina tradicional, que surgió

Correo electrónico: jmerino@umh.es

hace más de 2500 años en la isla griega de Cos, de la mano de Hipócrates. Pretende que sus actuaciones se basen en la lógica, la razón y las pruebas (en la evidencia científica disponible). A lo largo de los siglos transcurridos ha aportado mucho a las sociedades en las que se ha aplicado (tabla 1), pero a la vez es evidente que tiene limitaciones, que deberían corregirse. Debo señalar que ya Hipócrates elaboró un código que regulaba sus actuaciones. De alguna forma el profesionalismo pretende actualizar y traer ese código al siglo XXI.

¿Está en crisis el modelo de relación médico-enfermo de la medicina occidental tradicional?

Parto de la premisa de que en estos siglos el médico tiene un doble papel. Por un lado es un “curador” o “sanador” y al tiempo un profesional en el sentido de miembro de un gremio. Recordemos que los gremios adquirieron gran notoriedad en la Edad Media. Como sanador, el médico ha practicado una medicina centrada en él mismo, era una especie de “despotismo ilustrado” en el que curar era muy importante; el médico hacía todo por el enfermo, pero tenía en cuenta muy poco la visión de ese enfermo sobre su enfermedad. La tabla 2 nos señala las principales asimetrías de la relación médico-enfermo en la medicina occidental tradicional.

Probablemente ello ha llevado a una crisis de ese modelo. Y ahora la sociedad cuestiona al médico tanto como “sanador” como “profesional”. A la profesión se le acusa de monopolista, elitista, gremialista y de actuar con demasiada discrecionalidad.

¿Cuáles serían los posibles factores implicados en esta crisis?

Dependerían del médico:

- Por modificación de sus cualidades humanas: en algunos casos ha existido arrogancia o paternalismo; en otros no se ha aceptado rendir cuentas y explicar bien lo que hace o ha faltado empatía.

Tabla 1 Qué ha aportado la medicina tradicional de Occidente a las sociedades que la han aplicado

- Ha ayudado a aumentar la longevidad y la calidad de vida relacionada con la enfermedad
- Permite prevenir muchas enfermedades
- Cura muchas enfermedades agudas
- Controla muchas enfermedades crónicas
- Ha favorecido el pensamiento científico y la investigación
- Ha generado códigos de conducta ética
- Ha facilitado el desarrollo y la formación de profesionales sanitarios e instituciones (hospitales, laboratorios, etc.)
- Ha orientado la vida en sociedad a la salud: etiquetas, basuras, tomar el sol, sexo seguro, etc.

Tabla 2 Asimetrías de la relación médico-enfermo en el modelo tradicional de la práctica médica

El enfermo

- Se presenta disminuido y es quien demanda
- Es ignorante
- Es dependiente y pasivo, necesita ayuda
- Acude con molestias físicas, trastornos psíquicos y/o problemas sociales
- Tiene su propia forma de ver y valorar sus padecimientos
- Tiene dificultad para juzgar la calidad del médico al que acude

El médico

- Tiene las soluciones a los problemas del enfermo
- Tiene los conocimientos
- Ofrece ayuda pero sin contar con el enfermo
- Le interesa fundamentalmente la enfermedad orgánica
- No valora la percepción del enfermo sobre su enfermedad
- Su grupo define la calidad

- Por adoptar actitudes éticas inadecuadas: a veces los beneficios generales del médico se han antepuesto al beneficio del enfermo, no se han declarado conflictos de interés, ha podido existir una relación deshonesto o abuso de los enfermos.
- En relación con su formación o conocimientos: en determinados casos la formación no ha sido la adecuada y los resultados terapéuticos no han sido los esperados.
- En otras, puede ser excesivamente organicista y no se han valorado los componentes psicológicos o no ha estado orientada hacia el enfermo o su relación con él.

Dependerían del enfermo:

- Un aumento de exigencias, basándose en supuestos derechos sociales o legales.
- Tener unas expectativas crecientes sobre posibilidades de curación.
- Una mayor confianza en la ciencia o la técnica que en los profesionales.
- Aumento de información en los temas de salud, y
- La no aceptación de un papel pasivo en los temas que comprometen su salud.

Y, dependerían del propio modelo social:

- El enfermo tiene ahora fácil acceso a la información, aunque quizá no tanto a la formación.
- Por otra parte, la sociedad es más democrática. Ahora ningún ciudadano, y mucho menos un enfermo, acepta que se decida sobre su vida o salud sin contar con su opinión. El enfermo exige que se le tome en cuenta en las decisiones y se supone que adopta una actitud activa acerca de sus cuidados.
- Por otra parte, el médico ha perdido el papel central en el control de la enfermedad, y es el primero en sufrir las restricciones del sistema.
- También la informática modifica la relación médico-enfermo.

- El desarrollo de múltiples técnicas de diagnóstico y la subespecialización hacen que el enfermo no se relacione con ellos, sino con máquinas o técnicas.
- Finalmente, los gestores-políticos usan inadecuadamente al médico y este ha aceptado con resignación esta situación.

¿Cuáles podrían ser las causas de la crisis del modelo?

Se podría bucear en las causas y soluciones de esta supuesta crisis del modelo. Yo estimo que en su núcleo está la *desconfianza*. Del enfermo en el médico y de este en aquel y en las propias asociaciones profesionales:

Del enfermo en el médico: puede verle joven e inexperto; otras veces su aspecto externo no cubre expectativas ni genera confianza. Puede personalizar en él su desconfianza en el sistema sanitario. Habitualmente no lo ha elegido, ignora su competencia real y no tiene motivos para confiar en él. Otras veces ha sufrido cambios frecuentes de los profesionales que le asistían.

Del médico hacia el enfermo: puede estimarle incumplidor o suponer que su mala socialización favorecerá el fracaso terapéutico. Otras veces desconfía de su interés en curarse, o su propia problemática psicológica le supera, o se deja llevar por prejuicios de raza, religión u otros.

Limitaciones de las instituciones profesionales que no han sabido explicar bien a la sociedad sus propios límites. Por ejemplo, el monopolismo debe valorarse como seguridad hacia la sociedad. Por otra parte, una discrecionalidad excesiva comporta riesgos para el enfermo, pero un cierto grado es imprescindible para decidir en situaciones no normalizadas. Sin duda, el elitismo es desigualdad, pero sobre la base de una formación, lo que es una garantía social. Y respecto al corporativismo: sin duda existen múltiples ejemplos de abusos cometidos, pero no son tantos.

En lo que no hay duda es en que esa situación genera muchos aspectos negativos. Por ejemplo, al perder el enfermo la confianza en el médico, aumenta la solicitud de segundas opiniones, hay más reclamaciones, más consumo de medicinas alternativas, más insatisfacción y menos eficacia. Y, al perder la confianza el médico en el enfermo se favorece la práctica de una medicina más defensiva, la oferta de opciones menos arriesgadas, el aumento de burocracia, mayor coste, menos eficacia y más *burnout* del sanitario.

¿Existe un tratamiento para esta crisis?

Para el médico como “sanador” surge un nuevo modelo de práctica clínica, centrada en la persona (no solo en el enfermo). En ella, el médico amplía sus funciones de asesor-informador y coordinador de cuidados, a la vez que es menos decisor. Esta exige el desarrollo de mayores capacidades en la esfera de la comunicación; implicarse más en los temas de eficacia y seguridad; ser competente y estar dispuesto a demostrarlo; y rendir cuentas, explicar lo que hace y por qué lo hace.

Contenidos del profesionalismo

En palabras de Kidder, para la profesión está claro que no sobreviviremos al siglo XXI con la ética del siglo XX. Por ello se ofrece ahora un nuevo modelo de contrato social: el del profesionalismo o la profesionalidad.

Es este el resultado de las reflexiones de tres sociedades de medicina interna, dos americanas (American College of Internal Medicine y American Board of Internal Medicine) y una europea (European Federation of Internal Medicine). Este nuevo contrato social incluye tres *principios* y 10 *compromisos* —deberes y obligaciones— (tabla 3). Se trata de un código que los médicos asumen voluntariamente y se entiende que se añade a la obligación que, como persona, el médico tiene de respetar los derechos del hombre —*Carta de la Tierra*—.

Los tres *principios* son:

1. **Altruismo.** En las decisiones médicas prima el bienestar del enfermo; se debe decidir siempre en función de lo que tenga más interés o beneficio para él. Es el principio de beneficencia. Durante muchos siglos el médico creía que debía hacer el bien y evitar el mal, pero ello incluso contra la voluntad del paciente. No es un principio absoluto, como no lo es la beneficencia. En estos tiempos, la autonomía del enfermo (principio 2), es decir, el respeto a su capacidad de decidir, gana a esta beneficencia. Incluye también el no hacer daño, la no maleficencia. El farmacólogo hipocrático-latino Escríbonio Largo señaló: *Primum non nocere* (lo fundamental: no hacer daño). Y ese daño debe definirse desde otros aspectos (p. ej., la justicia) y no solo desde la beneficencia o la autonomía.
2. **Autonomía.** El enfermo es quien decide, y el médico le ayuda a tomar esa decisión. Deriva de la Declaración de los Derechos del Hombre en 1789. Confiere al enfermo libertad para realizar cualquier conducta que no perjudique a terceros: reconoce su derecho a la libre elección y no acepta paternalismos. Esa decisión se supone libre de interferencias. Luego, en la vida real surgen casos difíciles, la autonomía tiene grados, sus acciones pueden da-

Tabla 3 Principios y compromisos del profesionalismo médico

Principios

1. Altruismo
2. Autonomía
3. Justicia social

Compromisos

1. Competencia
2. Confidencialidad
3. Honestidad
4. Reconocer que el enfermo es débil y no explotarle
5. Asumir responsabilidades profesionales
6. Aumentar los conocimientos científicos
7. Mejorar la calidad de los cuidados
8. Favorecer la accesibilidad a los cuidados
9. Distribución más justa de los recursos
10. Declarar los conflictos de interés

ñar a otros (p. ej., no informarles de que son contagiosos, etc.) y los médicos pueden tener responsabilidad compartida. Ello implica reconocerles libertad y respetarla, dentro de esos límites.

3. **Justicia social.** Entendida la justicia como equidad. No es algo neutro, supone una prioridad y busca el equilibrio entre las demandas, las pretensiones y las posibilidades. Se mueve en la esfera pública. Entre otras cosas implica no discriminar y reconocer el derecho a cuidados dignos.

Los 10 *compromisos* con los que el médico se compromete ante sí mismo, los enfermos o la sociedad son:

1. **Competencia.** Se asume el compromiso de mantenerla a lo largo de la vida profesional.
2. **Confidencialidad.** Implica mantener reservada la información que tenemos del enfermo (diagnósticos, pruebas, etc.) El médico no revelará ninguna información acerca de la salud del enfermo sin su consentimiento. Sus límites son el interés público.
3. **Honestidad.** Supone que los abusos de cualquier tipo son reprobables; se admite que la profesión los facilita, y ello vulnera la confianza del enfermo; pero no se limita a los sexuales. Por ejemplo, no es honesto no informarle con la verdad u ocultar los errores. Debe hacerse pronto y completamente. No hacerlo no sería ético.
4. **Reconocer que el enfermo es débil y no explotarlo en ningún terreno.** Es tan exigente que señala que el acto médico nunca tiene como primera meta ganar dinero.
5. **Asumir responsabilidades profesionales.** Responsabilidad es tener que dar cuenta de algo ante alguien. Pero no se refiere al ámbito de la Justicia. Max Weber señala que la ética de la profesión es la ética de la responsabilidad. Alude a deberes cívicos asociados a la profesión y la sociedad. Uslar Pietri lo define como el contrapeso de la libertad. Entre otras cosas supone colaborar en establecer estándares para valorar nuestra actividad o formación, participar en los procesos de evaluación y aceptar controles externos.
6. **Aumentar los conocimientos científicos.** Ello supone promover la investigación, investigar y aumentar los estándares. También implica asegurarse de que el uso de los conocimientos es adecuado e incluye enseñar a otros.
7. **Mejorar la calidad de los cuidados.** Implica optimizar el uso de los recursos disponibles, evitar el mal uso o el abuso, aumentar la seguridad del enfermo, trabajar para disminuir los errores, así como desarrollar e implementar actuaciones tendentes a aumentar la calidad de nuestras actuaciones. En esencia es trabajar con calidad y seguridad.
8. **Favorecer la accesibilidad a los cuidados.** Supone trabajar para disminuir las barreras y favorecer un acceso más justo y fácil del enfermo a ellos, así como eliminar retrasos injustificados.
9. **Distribución más justa de los recursos.** Implica trabajar de forma costo-eficiente y no utilizar recursos innecesarios.

10. **Declarar los conflictos de interés.** Implica reconocer las muchas posibilidades existentes, evitarlas y si existen hacerlos públicos.

¿Qué se ha conseguido con la cultura del profesionalismo?

Enumero a continuación algunos de los que creo son objetivos alcanzados:

- Ha clarificado la relación médico-enfermo y ha aumentado la confianza del enfermo-sociedad en el médico.
- Ha favorecido el desarrollo de una forma de práctica clínica centrada en el enfermo.
- Ha abierto un diálogo social sobre este importante tema.
- Sus contenidos se enseñan en facultades de medicina de Estados Unidos y Canadá.
- Incluso se han puesto en marcha planes para evaluarlos como competencias que adquirir por los alumnos. De forma anecdótica comento que en algunas facultades, los médicos al graduarse, en vez de utilizar la fórmula del Juramento Hipocrático lo hacen sobre los principios y compromisos del profesionalismo.
- Sirven de ayuda a la toma de decisiones en temas de salud para gestores, políticos, etc.

Conclusiones

Estoy convencido de que las sociedades del mundo pretenden ser cada vez mejores, pero desde ópticas muy diferentes; a la vez, muchos profesionales (entre ellos los de la salud) buscan la excelencia en su trabajo. El campo de la ética es un buen terreno, y el profesionalismo supone dar un pequeño paso en ese camino. La práctica médica centrada en el enfermo y el profesionalismo son un buen noray para actuar correctamente y un buen faro para orientarnos en las dificultades diarias. Si a ambos los hacemos nuestros conseguiremos una mejor relación con el enfermo y una mayor confianza de nuestra sociedad, y como personas contribuiremos a un mundo más humano y más justo.

Bibliografía general

- ABIM Foundation. Advancing Medical Professionalism to Improve Health Care. Disponible en: <http://www.abimfoundation.org/Professionalism/Physician-Charter.aspx>
- Cornuz J, Perrier A, Waeber G. The charter on medical professionalism: a salutary reminder of our values. *Rev Med Suisse*. 2006; 2:259-60.
- Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. Working Party of the Royal College of Physicians. *Clin Med*. 2005;5(6 Suppl 1):S5-40.
- Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136:243-6.
- Swick HM, Bryan CS, Longo LD. Beyond the physician charter: reflections on medical professionalism. *Perspect Biol Med*. 2006; 49:263-75.