

# El profesionalismo médico, los modelos de regulación y la autonomía profesional

## *Medical Professionalism, Models of Regulation and Professional Autonomy*

RAÚL A. BORRACC<sup>MTSAC</sup>, VÍCTOR M. MAURO<sup>MTSAC</sup>

El propósito de este artículo es analizar las bases teóricas que subyacen tras la cuestión del profesionalismo y la autonomía profesional médica y, a la vez, plantear las condiciones necesarias para implementar un modelo de autorregulación de la actividad médica.

El término profesionalismo es usado de diferentes maneras. En un sentido amplio, el profesionalismo médico incluye tres dimensiones clave: el conocimiento experto, la autorregulación de la profesión y la obligación de subordinar el interés propio a las necesidades, intereses y autonomía del paciente. (1) Así, el altruismo, la empatía, el humanismo y los altos estándares éticos y morales son algunos de los elementos que se suelen enumerar al describir el profesionalismo médico. (2) Sin embargo, una lista de los atributos y los comportamientos deseables que debería tener un médico no alcanza a captar la verdadera utilidad social del concepto. Aunque algo más abstracto pero con un encuadre más vasto, el profesionalismo médico se podría definir como un sistema de creencias normativas acerca de cómo se debe organizar y proveer cuidado en el ámbito de la salud. (3) En concreto, el profesionalismo debe basarse en tres principios: el de bienestar del paciente, el de autonomía del paciente y el de justicia social en cuanto a la distribución de los recursos en salud (Figura 1). Estos principios se apoyan a su vez en un conjunto de compromisos que el médico debe suscribir: el compromiso de responsabilidad y honestidad en su quehacer, el de confidencialidad y respeto por el paciente, el de atención de calidad basada en el conocimiento científico y el de la promoción de la distribución equitativa de los recursos sanitarios dentro de la sociedad.

Un modelo de regulación de la actividad profesional se puede definir como el mecanismo usado para establecer las características de la práctica y los estándares técnicos a alcanzar. En forma explícita, incluye los procedimientos de entrada al mercado laboral a través de la producción, matriculación y certificación de nuevos médicos, ejerciendo de esta manera un efecto de control sobre la competencia laboral. Otras dos variables relacionadas e incluidas en los modelos de regulación son la estructura del mercado de trabajo, desde lo público a lo privado, y la forma de pago, desde el salario hasta la remuneración por servicio o práctica. En base a estas características, los modelos de control abarcan un rango desde la regulación estatal completa hasta la autorregulación ejercida por los mismos profesio-

nales, pasando por una autorregulación bajo sanción o aprobación estatal que se caracteriza por el hecho de que las instituciones encargadas de formular e implementar el mecanismo de regulación están compuestas por los propios médicos, quienes actúan con el apoyo y el consentimiento del Estado. (4) En relación con el comportamiento dentro de los distintos modelos de regulación profesional, el médico acostumbra a cumplir el papel de prestador de servicios frente al Estado o a las entidades sindicales y privadas que actúan como financiadores. Pero además, suele ser el mismo Estado el que otorga o no a los grupos profesionales la capacidad de regular su propia práctica. A través de sus agencias, el Estado puede elegir el número y la distribución geográfica de los médicos, decidir su participación en las instituciones de salud y determinar la remuneración, entre otros temas. Por el contrario, cuando la participación del Estado no es tan amplia, los financiadores y productores privados son quienes despliegan su capacidad para definir por ellos mismos el modelo de regulación que imponen a los médicos. Una contracara insuficientemente percibida es que, en general, los médicos tienen un papel predominante como agentes productores de servicios de salud, dadas sus capacidades técnicas para tomar decisiones en el nivel operativo. En gran medida, los agentes financiadores dependen de los médicos como productores directos, habida cuenta de que estos son los únicos autorizados legal y socialmente para tomar decisiones técnicas en la prestación de los servicios. Así, en función de su formación profesional, podría decirse que los médicos gozan de una "autonomía técnica" que les otorga cierta capacidad de negociación con el sistema financiador.

Por su parte, el principio de autonomía médica está relacionado con el profesionalismo en distintos niveles. Dadas las características de su profesión, los médicos necesitan un alto grado de autonomía individual para controlar los términos y las particularidades de su trabajo. Como actor solitario y en forma ideal, un médico suele decidir el tiempo y el modo que dedica a un paciente, así como los estudios que le realiza y los tratamientos que aplica. Aunque la autonomía puede revelarse como un privilegio entre los médicos, también debe ser correspondida con un extremo profesionalismo e integridad ética. En este sentido, la premisa que parte de una correcta definición de profesionalismo y autonomía es la de aceptar que los mismos médicos deben confluír, definir, declarar y transmitir las competencias



Fig. 1. Principios en los que debe basarse el profesionalismo médico.

técnicas y los valores éticos que tienen que gobernar la práctica médica. Esta confluencia de acciones suele resumirse en los modelos de autorregulación tradicionalmente propuestos por los colegios médicos.

Es obvio que la autonomía profesional solo puede mantenerse si los médicos someten sus actividades y decisiones a la evaluación crítica de otros colegas, e incluso a las opiniones de los pacientes. Únicamente a partir de este contrato entre pares, un modelo de colegiación puede asumir la responsabilidad de la regulación de la práctica médica. A cambio de los privilegios que resultan de esta autorregulación de la profesión, el modelo de colegiación debe garantizar la competencia y la conducta de sus miembros. Es por eso que una estructura colegiada no puede funcionar sin una clara ascendencia o influjo moral sobre el comportamiento e idoneidad de sus integrantes, y tampoco sin la capacidad de decidir legalmente sobre sus acciones. El Reino Unido, por ejemplo, ha tenido una historia de 150 años de modelo de colegiación con autorregulación de su práctica médica, hasta que su primacía languideció a partir de mediados de los noventa como resultado de una serie de escándalos éticos profesionales. (5) Queda claro que el balance que favorece a los “buenos” médicos sobre los “malos” no es suficiente para mantener la respetabilidad de un sistema de colegiación delante de la sociedad. Unos pocos malos ejemplos públicos habitualmente pesan más que muchas actitudes médicas loables en solitario.

El espacio de la autonomía profesional puede analizarse desde el punto de vista de tres áreas (6) (Figura 2). La primera se refiere a la influencia de las políticas de control de costos en la atención de la salud que erosionan la autonomía del médico para ejercer su profesión, y que incluyen: los salarios bajos como consecuencia

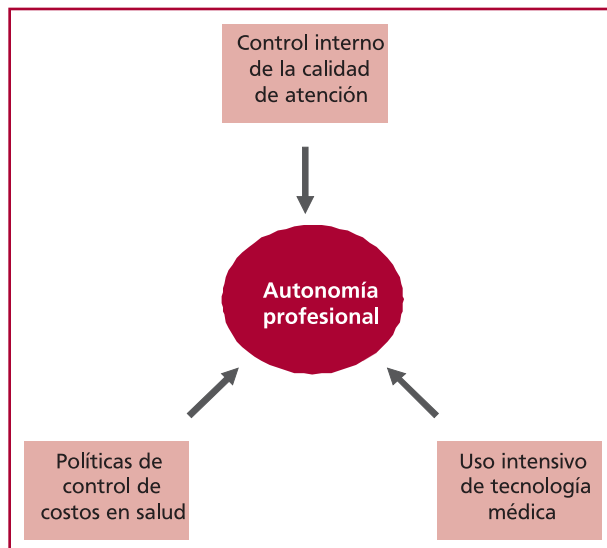


Fig. 2. Aspectos que influyen en la autonomía profesional.

de una superpoblación de médicos y, tal vez, de una inequitativa distribución de los recursos económicos; la imposición de un tiempo acotado para la consulta; la aplicación de sistemas de reembolso por cápita y los cupos para prácticas; la obligación de prescribir medicamentos genéricos de dudoso control de calidad; la restricción para derivar a los pacientes a especialistas, y la inequidad para acceder a métodos diagnósticos y tratamientos que dependen del favor de la cobertura médica. El segundo aspecto de la autonomía profesional se enmarca en el cambio de paradigma que transcurre desde una atención clínica tradicional a otra basada en el conocimiento o la evidencia, generalmente apoyada en un uso intensivo de la tecnología médica. La posición de los pacientes suele hacerse más exigente, fruto de un mayor acceso a la información y de la “demanda inducida por el proveedor” que aumenta la presión para usar más tecnología diagnóstica y terapéutica y altera la dinámica de la relación médico-paciente, sumado esto a la tentación provocada por los incentivos de la industria y la aparición de subespecialistas de opiniones difíciles de impugnar. (7) Finalmente, el tercer factor que interesa a la autonomía médica es el insuficiente control interno de la calidad de atención y de buena práctica profesional, llevado a cabo por las sociedades científicas, los colegios y las entidades médicas gremiales. Esta área involucra temas como la certificación y recertificación; la regulación del número y la distribución geográfica de los médicos generales y especialistas; la discusión honesta de los conflictos de intereses; el control de aplicación de las innovaciones a la práctica de rutina, fundada en la evidencia y en una justa distribución de los recursos; la promoción de la prevención cuaternaria para atenuar el excesivo intervencionismo médico; la evaluación crítica de los colegas en tribunales éticos; la comunicación de los

errores médicos; el compromiso de la promoción de la equidad social de acceso a la medicina para todas las personas; la educación científica de la población a través de la divulgación, y la contemplación de la opinión de los pacientes como sujetos finales de la actividad médica.

En la actualidad, el profesionalismo es materia de análisis en todo el mundo y también un proyecto global que intenta proteger no solo la profesión médica, sino especialmente la salud de la población del desinterés de posibles políticas sociales o de los descuidos económicos generadores de inequidad. (8-13) De cualquier modo, la autonomía profesional en la práctica médica puede verse como un reclamo que favorece principalmente los intereses propios de la profesión o, por el contrario, como una herramienta para construir un estándar de la práctica profesional que beneficie por igual al paciente y a la actividad médica. (6)

En la práctica, alguna estructura normativa y física debe asumir la responsabilidad del cumplimiento de las pautas del profesionalismo médico enumeradas previamente. La dispersión de la regulación de los distintos aspectos vinculados a la práctica profesional en diferentes organismos y decisores dificulta el tratamiento integral que debe tener todo el quehacer médico. Ya sea en un modelo de colegiación o en cualquier otro que la ley establezca, la participación de los médicos, organizada sobre las pautas del profesionalismo, funcionará como un reaseguro de la calidad de atención de la población.

En resumen, la medicina es una empresa moral, una profesión cuyos miembros adhieren a un conjunto de principios de respeto por los otros, honestidad e idoneidad profesional. (14) Estos principios son las bases del profesionalismo médico y los fundamentos del contrato social entre la medicina y la sociedad.

#### **Declaración de conflicto de intereses**

Los autores se desempeñan en la Comisión Directiva del Colegio Argentino de Cardiología.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ludmerer KM. Instilling professionalism in medical education. *JAMA* 1999;282:881-2.
2. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL. Medical professionalism in society. *N Engl J Med* 1999;341:1612-6.
3. Wynia MK, Papadakis MA, Sullivan WM, Hafferty FW. More than a list of values and desired behaviours: a fundamental understanding of medical professionalism. *Acad Med* 2014;89:712-4. doi: 10.1097/ACM.0000000000000212
4. Nigenda G, Machado MH. Models for physicians' professional regulation in Latin America and theoretical elements for its analysis. *Cad Sude Publ* 1997;13:685-92.
5. Dixon-Woods M, Yeung K, Bosk CL. Why is U.K. medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving "bad apples" doctors. *Soc Sci Med* 2011;73:1452-9.
6. Hoogland J, Jochemsen H. Professional autonomy and the normative structure of medical practice. *Theor Med Bioeth* 2000;21:457-75.
7. Doval HC. El profesionalismo médico y las prácticas con la industria que crean conflictos de intereses. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:417-22.
8. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACPA-SIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.
9. Tyssen R, Palmer KS, Solberg IB, Voltmer E, Krank E. Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States. *BMC Health Services Research* 2013;13:516. doi:10.1186/1472-6963-13-516
10. Clyde JW, Domenech Rodriguez MM, Geiser C. Medical professionalism: an experimental look at physicians' Facebook profiles. *Med Educ Online* 2014;19:23149. doi: 10.3402/meo.v19.23149
11. Lombarts KMJM, Plochg T, Thompson CA, Arah OA, on behalf of the DUQuE Project Consortium (2014) Measuring Professionalism in Medicine and Nursing: Results of a European Survey. *PLoS ONE* 2014;9(5):e97069. doi:10.1371/journal.pone.0097069
12. Chen J, Xu J, Zhang C, Fu X. Medical professionalism among clinical physicians in two tertiary hospitals, China. *Social Science & Medicine* 2013;96:290e296.
13. Bustamante E, Sanabria A. Spanish adaptation of The Penn State College of Medicine Scale to assess professionalism in medical students. *Biomédica* 2014;34:291-9. doi: 10.7705/biomedica.v34i2.1807
14. Wojtczak H. Profesionalismo médico: una problemática global. *Educ Med* 2006;9:144-5.