

# Profesionalismo.

MIGUEL MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

CÁTEDRA DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

**Resumen.** El profesionalismo no es una estructura estática con la que podemos proporcionar asistencia médica, sino que debe contemplarse como un sistema dinámico derivado de la interacción de muchas fuerzas. Este trabajo se ocupa de definir el profesionalismo, conocer su evolución a través de generaciones y de su enseñanza a estudiantes y profesores. La profesión debe adoptar nuevos valores para mejorar la perspectiva y eficacia de los médicos modernos en la sanidad actual. El profesionalismo es la principal fuerza para luchar contra el comercialismo en medicina. Finalmente se presenta la idea del profesionalismo en la práctica de la cirugía ortopédica en el nuevo milenio.

## Professionalism

**Summary.** Professionalism is not a static structure within which we deliver medical care. Rather it can be viewed as a dynamic framework derived from the interaction of many forces. This paper deal with definition, evolution across the generations and teaching. This requires an institutionally accepted definition which then must be learned by both students and faculty. To improve the outlook and efficacy of modern physicians, the profession must adopt a new values framework to today's health care system. The force to blunt the corrupting power (commercialism) in medicine is professionalism. To finish, the idea of professionalism in 21st century professional practice in orthopaedic surgery is offered.

---

Correspondencia:  
Miguel María Sánchez Martín  
Regalado, 13, 6º  
47002 Valladolid

## PROFESIONALISMO: SIGNIFICADO E IDENTIDAD

La literatura sobre profesión y profesionalismo carece de una definición sucinta, adecuada y específica de que una profesión sea profesión y vocación. Profesionalismo se define en el contexto de contrato social entre la medicina y la sociedad. En este contrato la medicina opera desde un núcleo de conocimiento y habilidades utilizadas al servicio de los demás. Sus miembros se gobiernan, según Cruess y cols.<sup>1</sup>, por un código de ética y profesan un compromiso para "competencia, integridad y moralidad, altruismo y promoción del bien público dentro de su dominio". A su vez, la sociedad otorga a la medicina "posición, privilegios y remuneración económica..." con un entendimiento de la medicina mutua-

mente compartida "...que estará obligada a servir, garantizar competencia, ser moral en su comportamiento y atender a los problemas de la sociedad".

Estos autores establecen tres puntos altamente aclaratorios. Primero, consideran el profesionalismo como entidad dinámica, frente al concepto estático, lo cual es un punto clave para entender la naturaleza (más que la definición) del profesionalismo, y es un concepto que no se utiliza habitualmente. En segundo lugar, con relación al contrato social de la medicina con la sociedad, aquel se encuentra en constante renegociación. Finalmente, son elementos cruciales del profesionalismo la capacidad y disposición de la medicina a profesar valores centrales y orientados al público y a los pares, igualmente.

La literatura sobre el problema del nuevo profesionalismo médico se sujeta a un campo y a una persona. En este sentido, Epstein<sup>2</sup> en su artículo sobre "Práctica cuidadosa" considera que "la autorreflexión es el *sine qua non* del profesional con éxito y esencial para expresar el núcleo de valores en medicina, en el sentido de empatía, compasión y altruismo".

El nuevo profesionalismo médico está representado por el trabajo de Irvine<sup>3</sup>. El Royal College of Physician<sup>4</sup> estima que Irvine apoya su visión en el profesionalismo centrado en el paciente, dentro del contexto estructural y normativo del Reino Unido. Considera el profesionalismo como "la característica esencial de un buen médico, describiendo tal como: inteligente, cuidadoso, estar al día, empático, honesto, que sabe escuchar y comunicar y que es un eficaz jugador de equipo". En definitiva, Irvine considera el profesionalismo sustentado por tres pilares: conocimiento y destrezas como experto, ético y al servicio del paciente.

En el nuevo profesionalismo sociológico, Frankford y cols.<sup>5</sup> ponen énfasis en un sistema ético autodefinido, encastrado en una infraestructura institucional apropiada. Para este fin destacan cuatro ideales principales y tres características necesarias.

Sullivan<sup>6</sup> promueve el profesionalismo cívico, es decir, de compromiso ciudadano, incluyendo conexión social y obligación mutua a través de solidaridad social emergente.

En resumidas cuentas, Hafferty<sup>7</sup>, analizando este asunto, estima que los escritos sociológicos sobre profesionalismo tienen un sello cívico, democrático, o de otra manera, insiste en el tema de un nuevo compromiso con el público y las comunidades.

Hay tres movimientos sociales funcionando en la medicina actual: medicina basada en la evidencia, seguridad del paciente y profesionalismo que, en conjunto, pretenden una marca de calidad asistencial más amplia. No obstante, sobre las dos primeras, la literatura no aclara sus lazos naturales con el profesionalismo.

## EVOLUCIÓN DEL PROFESIONALISMO EN GENERACIONES

Los individuos desarrollan sus valores e identidad profesionales a medida que avanzan por las etapas de la carrera de medicina, al mismo tiempo que los valores colectivos de la profesión evolucionan con los cambios de una sociedad más abierta, lo cual determina que se produzcan marcados espacios o vacíos en los valores profesionales. En los últimos cincuenta años esto se ha centrado en el concepto de altruismo y calidad de vida<sup>8</sup>.

El profesionalismo no es una estructura estática con la que podamos dar asistencia médica, sino que es más bien dinámica a consecuencia de la interacción de muchas fuerzas: tradición de la asistencia, cambio social, retos médicos que surgen, y los avances científicos, así como el interés de los miembros y subgrupos dentro y fuera de la profesión<sup>9</sup>. La profesión está integrada al menos por

médicos formados durante cincuenta años. Las diferentes generaciones representan los subgrupos que influyen, cada uno, en los valores colectivos. Sin embargo, los médicos más jóvenes a los que aludimos son los pertenecientes a la generación X, es decir, los nacidos entre 1965 y 1981, o sea los que ahora tienen entre 30 y 45 años.

Repasando la historia, a través de los últimos cincuenta años se ha producido un vacío generacional recurrente en valores profesionales casi cada dos décadas, con una nueva generación de estudiantes de medicina. Las exigencias por tener un equilibrio personal y profesional a favor de la primera han estado siempre en el centro del conflicto generacional. Esto se produce entre estudiantes y residentes y los médicos mayores, pues los médicos más jóvenes desean poder dedicar más tiempo a la familia y al esparcimiento, lo cual colisiona con las muchas horas dedicadas a la formación y al cuidado de los pacientes.

Antes de la II Guerra Mundial, internos y residentes vivían en el hospital y solo algunos estaban casados, e incluso algunos hospitales les prohibían casarse. En los años cincuenta la mayoría vivían fuera de los hospitales, recibiendo algún estipendio en vez del alojamiento hospitalario y manutención, pero cada vez eran más los casados<sup>10</sup>. Esto lo he comprobado personalmente en mi permanencia de formación en el Hospital Edouard Herriot de Lyon (Francia) al comienzo de la década de los 60 del siglo pasado.

La generación de más edad percibió la existencia de un amplio abismo entre la generación suya y la más joven, por el deseo de esta última de llevar una vida distinta de la vida profesional y por el rechazo a las "atravesadas" normas oficiales de comportamiento.

Un estudio de Funkenstein<sup>11</sup> de los estudiantes de medicina entre 1949 y 1976 llega a la conclusión que la elección de carrera y los valores de los estudiantes de medicina muestran cambios chocantes en las dos décadas y media estudiadas, en paralelo con los cambiantes valores sociales y culturales. Las siguientes generaciones mostraron distintos tipos de carrera, que iban desde la subespecialización a la intensidad de investigación e intereses socialmente activos, con actitudes de marcada tendencia por el estilo de vida deseado, de manera que hacia la mitad de los años 70 "casi todos los estudiantes estaban deseosos de trabajar menos horas y disponer de más tiempo para sus familias y actividades fuera del trabajo"<sup>9</sup>. Tales ideas parecen muy similares a las que ofrece la generación X de médicos.

Con el tiempo, llama la atención que cada nueva generación de estudiantes de medicina haya ido trasla-

dándose a las filas de los médicos mayores. Los valores de la profesión médica deben renegociarse constantemente con una sociedad y generaciones cambiantes y, para ello, para hacer estas negociaciones con responsabilidad, las nuevas generaciones deben aprender profesionalismo mediante estrategias adecuadas para poder puentear generaciones -en los individuos y en la profesión- conjuntamente.

El debate sobre el vacío generacional en valores profesionales se centra principalmente en el concepto de altruismo o en el conflicto entre intereses propios y los del paciente<sup>11</sup>. La generación más joven puede ofrecer límites sobre la supremacía de los intereses del paciente y, particularmente, pone énfasis en la necesidad de equilibrar las demandas profesionales con la vida personal.

### **Etapas de la carrera**

Los estudiantes llegan a ser profesionales cuando aprenden sus habilidades, responsabilidades y privilegios, y no llegan a serlo hasta que son admitidos en la organización médica. De ahí que el vacío generacional sobre altruismo y estilo de vida se refleja en la estructura de formación jerárquica de la medicina y el marcado proceso de socialización que ocurre cuando el estudiante asciende a residente y luego a médico en ejercicio. Las lealtades y las influencias comunes a un grupo de edad pronto se hacen más fuertes en la vida. Con el tiempo, otras afiliaciones, como la carrera o crear una familia, asumen mayor importancia y las líneas de exigencias generacionales parecen confundirse. Los valores tradicionales de la profesión llegan a incorporarse más adentro en la identidad del individuo a medida que uno es miembro de la profesión. Al contrario, los lazos con los valores tradicionales se hacen más débiles en los miembros más nuevos.

A medida que el estudiante avanza desde alumno a interno y de aquí a residente senior, las prioridades se desplazan desde ser "ducho" en las destrezas que se quiere tener, hacia el bienestar del paciente, el trabajo en equipo y la educación y asistencia del paciente. A medida que aumentan los niveles de responsabilidad se facilitan los valores de desarrollo profesional que requieren una actitud menos centrada en uno mismo. El médico mayor considera que el profesionalismo bajo estos módulos son de reputación profesional, satisfacción general por la carrera o problemas sanitarios de la comunidad a la que pertenece<sup>13</sup>.

Los residentes, sin embargo, asocian relacionar el profesionalismo con una serie de ideas limitadas a su experiencia en la asistencia al paciente, como empatía, com-

petencia y respeto, en oposición a valores como altruismo o justicia<sup>14</sup>. De ahí que, en comparación con el médico mayor, los estudiantes y residentes parece que tienen un profesionalismo incompleto, lo cual se presenta como una diferencia generacional que deberá distinguirse de comportamiento no profesional.

### **Cambios sociales**

El profesionalismo desarrolla progresivamente un cambio social. Lo mismo que ocurre con los valores de la sociedad más abierta, así lo hacen los de la profesión médica. Muchos de los principales principios del profesionalismo pueden encontrarse en el Juramento de Hipócrates. A pesar de que los principios fundamentales más nuevos, como el compromiso al servicio público bien dentro de nuestro dominio, llegan a incorporarse en la definición del profesionalismo, médicos y sociedad llegan a abrazarlo y esperarlo. El debate real sobre la responsabilidad social del médico se produce con el tiempo y a lo largo de generaciones, y cada nueva generación de médicos contribuye a negociar los valores, la responsabilidad y los privilegios del profesionalismo con una sociedad en cambio continuo. Lo que permite etiquetar a un grupo de individuos como "generación más joven" dentro de la profesión es el hecho compartido de que sus valores se han dado forma más por los acontecimientos sociales del tiempo que por sus carreras. Las expectativas de estilo de vida generacional cambian de manera lenta o rápida al tiempo que ocurre el del cambio social y del medio cultural circundante. En sociedades estables el cambio tarda en producirse en toda una vida, pero en las más dinámicas las diferencias generacionales pueden observarse cada década.

En medicina el gran vacío generacional recibió mucha atención en los años 60 del siglo pasado, al mismo tiempo que la sociedad sufría una transformación significativa. Ahora esto ha ocurrido en la generación X de estudiantes cuando se han hecho médicos, durante un período de cambio social rápido sin precedentes a nivel de la estructura familiar, los cambios sociales, y la adaptación a un rápido acceso sin límites de información disponible en sus casas a través de la tecnología del miniordenador. Este grupo considera que sus padres están sometidos, como colectivo de bajo nivel, y contemplan la disolución de la lealtad institucional. Fueron, por otra parte, la primera generación de niños que permanecían solos en casa porque los padres trabajaban, aprendiendo pronto a ser independientes.

Los médicos de la generación X, como los de otras disciplinas, quieren más tiempo para su vida personal.

Las mujeres de esta generación se encuentran en una proporción más alta de la que haya existido en las sociedades occidentales. Wear y Kuczewski<sup>15</sup> han sugerido que los valores profesionales fueron creados por hombres y han necesitado adaptarse a diferentes prioridades por mujeres, si bien otros piensan que hombres y mujeres muestran interés similar que declina en carreras con "un estilo de vida que no es confortable"<sup>16</sup>, lo que significa que esta tendencia es generacional, más que de un particular sexo.

## Estrategias

Al aceptar que el aprendizaje profesional y su aplicación a los estudiantes de medicina es un proceso de socialización en transformación que requiere un período largo de tiempo, esto obliga a desarrollar un plan a largo plazo. Pero aunque existen valores clásicos es esencial tener paciencia para que los jóvenes los desarrollen con tiempo y experiencia.

El primer paso -señala Johnston<sup>8</sup>- es una enseñanza apropiada en la etapa de la carrera, en ciertos aspectos más destacados o retadores en las actividades diarias de estudiantes y residentes.

Los primeros dos años del programa de formación médica están representados sobre todo por comprobar la adquisición de conocimientos que promuevan llegar a la competencia. En los currículos de la carrera suele ignorarse a menudo el compromiso de justicia social o la autorregulación<sup>17</sup>. Pero en el tercer año toman la primera responsabilidad en experiencia asistencial a pacientes, el privilegio de la confianza del paciente en base a algunos principios conflictivos de compromiso mediante competencia y altruismo.

Se están haciendo gestiones para identificar los valores más utilizados en las diferentes etapas de la carrera que no aparecen en las actividades diarias para poder incorporarlas al currículo, con el fin de encontrar continuidad en ello.

Enseñar profesionalismo no precisa inventar métodos nuevos, ya que una de las formas más importantes es imitar a una persona por su valor y, al mismo tiempo, deben explorarse otras posibilidades.

Los estudiantes y los profesores tienen que compartir una base cognitiva de profesionalismo. Seigler<sup>18</sup> sugiere que lo primero para enseñar algo nuevo a los estudiantes de medicina debería ser establecer preguntas y respuestas sobre el por qué de enseñar esto. Los médicos mayores pueden ayudar promoviendo y habilitando a los estudiantes la aplicación de conceptos abstractos de profesionalismo de su propia experiencia con el fin de crear entre ambas partes un conocimiento común. Este ambiente será

posible para estudiantes y residentes con el fin de reforzar que el conocimiento del profesionalismo debe esperarse para *todos* los médicos, no solo para los más jóvenes.

Por su parte, los profesores deben cambiar el estilo de enseñar a las nuevas generaciones de médicos, en el sentido de que estos deben instruirse en asuntos sobre cómo atender a los trabajadores de múltiples generaciones y tomar prestadas estrategias específicas de enseñanza y trabajar con los médicos de la generación X. Estos demuestran tener menos fe en la seguridad institucional y trabajo durante toda la vida. Se adhieren a avanzar por sí mismos mediante aprendizaje y desarrollo de habilidades más que "pagando tributo". Han entrado en la profesión en un ambiente de conocimiento muy diferente al de sus predecesores, poniendo énfasis en la medicina basada en la evidencia más que en la práctica "basada en la eminencia". El cuestionamiento hacia sus maestros, de manera algo desvergonzada, se interpreta por algunos como arrogancia. En realidad, ellos aprenden de manera distinta debido a la influencia de una sociedad que, en general, cuestiona más la autoridad, así como al impacto de la tecnología y el acceso fácil a la información.

En una época de floja lealtad institucional, el médico de la generación X se vale en desarrollar su habilidad que se presenta en las mejores oportunidades y se centra en su propio trabajo y valores para atender a sus pacientes, a falta de oportunidades y ambiciones de los líderes institucionales. Abraza una cultura más individualizada, pero valora responsabilidad y reto. Las generaciones mayores y los nuevos médicos, generación tras generación, deben conectarse para establecer las expectativas y obligaciones profesionales. Además, con los nuevos medios que proporciona internet a través de su ordenador de bolsillo, el tipo de enseñanza puede hacerse en tiempo real desde la cama. Suelen hacer sus múltiples trabajos independientemente, si bien, deseando que sus tutores les dirijan y faciliten el desarrollo de sus habilidades. No quieren minidirectores. Son estudiantes más autónomos que aplican conceptos a sus propias actividades.

El fin de enseñar profesionalismo es promover la evaluación y la asimilación de valores profesionales, no para que el estudiante alcance simplemente aprobar esta asignatura. Pero también, dentro de la generación X, hay una diversidad marcada, lo mismo que entre varias generaciones<sup>8</sup>.

## ENSEÑANZA DEL PROFESIONALISMO

En la vida de cualquier médico, recitar el Juramento de Hipócrates o su equivalente moderno es un aconteci-

miento importante. Cuando se profesa voluntariamente un conjunto de ideales, unen a la profesión médica, adquieren derechos, privilegios y una serie de obligaciones: competencia, asistencia al paciente, compasión, altruismo, autorregulación y devoción a la naturaleza colegial de la profesión y al bien público. Se entenderán claramente, pero rara vez se han enseñado de manera explícita a nivel de estudiantes o médicos<sup>19,20</sup>. Las actitudes y comportamientos que se esperaba de los médicos se pasaban de una generación a la siguiente. Este sistema, aunque imperfecto, parecía resultar razonablemente bien hasta la última parte del siglo XX, en que la práctica de la medicina cambió de manera importante por diferentes fuerzas, muchas de ellas lejos del control de la profesión médica.

### **Cambios en la sociedad y la medicina**

La enseñanza de los modelos depende sobre todo de la actuación en una población médica escasamente homogénea que comparte valores culturales comunes. Esto no se sostiene por la enorme diversidad encontrada hoy en la profesión y ciertamente en la sociedad a la que sirve. El ambiente en que los médicos practican también ha cambiado ya que alteraciones de la sanidad en el mundo civilizado crean amenazas al profesionalismo de los médicos como individuos y a sus organizaciones, las cuales varían según la naturaleza del sistema sanitario y el país, pero existen virtualmente en cada país desarrollado.

La complejidad y el aumento del coste de la sanidad y la entrada del estado y del sector corporativo (compañías aseguradoras, etc.) como pagadores alteran el mercado médico de manera desconocida. Una industria pequeña que se llevaba a cabo en sus propios domicilios se ha transformado en una complicada esfera de actividad económica que consume una parte sustancial del producto interior bruto (PIB) de la mayor parte de los países desarrollados. Los médicos se mantienen ahora en modelos de mayor responsabilidad en términos políticos y económicos, aplicándose esto a la práctica diaria de la medicina. Además, el público mejor enseñado e informado, bien servido por la tecnología moderna, espera mucho más de los médicos.

Estos cambios se producen con el telón de fondo de una sociedad cada vez más escéptica de cualquier forma de autoridad, incluyendo a los que se basan en una especial experiencia y supuesta devoción por el altruismo que proclaman las profesiones<sup>21</sup>. Este escepticismo está reforzado por el trabajo de los científicos sociales que cuestionan el altruismo de las profesiones, proclamando

que los médicos y sus asociaciones han explotado su posición de privilegio en la sociedad, promoviendo sus propias necesidades, publicando muchos y serios fallos de autorregulación, creyendo que la profesión médica utiliza caprichosamente los modelos débilmente aplicados. Además, acusan a la profesión de no atender de manera consistente los problemas que afectan a la sociedad.

### **Necesidad de aprender**

El deseo de aprender por parte de los neófitos está engarzado y unido a la intención de conectarse a la comunidad de profesionales médicos. Esto es lo que parece describir la situación encontrada en la medicina, donde los estudiantes voluntariamente deciden llegar a ser miembros de una profesión.

Por un lado, están los que han insistido en la necesidad de que el profesionalismo se enseñe explícitamente, utilizando definiciones o estableciendo un plan general del profesionalismo, en forma de una serie de características o líneas de actuación. El objetivo es asegurar que cada médico aprenda el genio de la profesión, las razones de su existencia, sus características y las obligaciones necesarias para sostenerla; esto puede denominarse la base cognitiva del profesionalismo. En términos teóricos, la materia que se va a enseñar está articulada, con el deseo de que todo esté bien claro.

Por otra parte, algunos estiman que la enseñanza del profesionalismo debería enfocarse como un empeño moral, poniendo énfasis en términos de altruismo y servicio, e insistiendo en la importancia del papel modélico de servicio a la comunidad, así como otras formas de adquirir conocimiento a través de la experiencia. Aunque se pretende insistir en las diferencias de esos dos enfoques de enseñanza, ambas existen.

No obstante, si la enseñanza del profesionalismo se limita a una o dos sesiones didácticas formales, resaltando la base cognitiva, el impacto será mínimo. El profesionalismo es un aspecto fundamental del proceso de socialización, durante el cual los individuos adquieren valores, actitudes, intereses, habilidades y conocimientos -es decir, la cultura- de los grupos con los que quiere reunirse. Debe existir un equilibrio entre enseñar la base cognitiva explícitamente y ofrecer oportunidades, en las que el aprendizaje pueda producirse en un contexto auténtico<sup>22</sup>.

Se ha reconocido que existen barreras para establecer programas de enseñanza. La principal es la influencia del currículo informal y el oculto, y los modelos de papeles negativos. Solo ahora las facultades de medicina están

empezando a ocuparse de este tema de una manera constructiva<sup>19</sup>.

## PROFESIONALISMO MÉDICO EN EL NUEVO MILENIO

### El médico independiente

Para mejorar la perspectiva y eficacia de los médicos actuales, la profesión tiene que adoptar nuevos valores que conformen la sanidad de hoy. Esto quiere decir, adelantarse al modelo preferido en el siglo XX de médico independiente, en favor de una nueva estructura profesional basada en el trabajo y colaboración en equipo. Abrazar tal modelo será difícil pero existen oportunidades para progresar bastante en una nueva generación de médicos acostumbrados a la realidad de la asistencia dirigida, modelos de práctica flexibles y tecnología de información de la salud. La enseñanza de la "anatomía clínica" -dada la incorporación de colaboración del estudiante a las primeras etapas de la enseñanza médica- ofrece una oportunidad inicial de introducir a esta generación en un código revigorizado del profesionalismo que disminuiría la insatisfacción del médico y beneficiaría a la sociedad<sup>23</sup>.

Durante el siglo XX, la autonomía profesional era sin duda el valor más importante<sup>24</sup>. sin embargo, a final de siglo la insatisfacción con la profesión de médico era muy aparente. La medicina había llegado a ser una profesión plagada de burocracia, autonomía y prestigio en recesión, y profunda insatisfacción personal. A lo largo del siglo XX la medicina fue una profesión altamente individualizada, permaneciendo relativamente independiente y empresarializada. Durante varias décadas la expansión de la asistencia dirigida, la crisis de fiabilidad médica, la relación cada vez más dinámica entre médicos, pacientes y otros profesionales sanitarios, ha determinado en parte que los médicos estén insatisfechos con su profesión. Por ello, ha llegado a ser imperativo crear el profesionalismo médico basado en elementos de valores nuevos y más pertinentes.

Una alternativa prometedora al principio de autonomía es el concepto de interdependencia profesional, como fuerza principal del profesionalismo médico. Hoy, los cambiantes factores económicos, sociales y médicos amenazan acabar con el modelo de médico independiente. Irónicamente, muchos de los factores que llevan a la insatisfacción médica -asistencia dirigida, crisis de fiabilidad, expansión de la especialización e incremento de las presiones financieras y de tiempo, por ejemplo- son situaciones que exigen soluciones colectivas y, haciéndolo

así apuntan a la mengua de la continuación de la autonomía. Más bien que resistirse a estas tendencias, los médicos deberán comprender un nuevo modelo de profesionalismo en el que se valore más la colaboración y el trabajo en equipo que la independencia, con lo cual tendrán mayor satisfacción profesional y se centrarán en el papel definido de una asistencia sanitaria integrada.

La participación predominante de factores tales como pagadores intermediarios, mayor elevación de costes, interés por la fiabilidad y la exigencia de un tipo de vida, entre otros factores, han contribuido, todos, a una situación en que la práctica autónoma de la medicina es ampliamente insostenible. Pero hasta llegar a un nuevo modelo que tenga éxito y sea sostenible, esta transición debe llevarse a cabo cuidadosamente, conducida de manera explícita por un sistema de valores adecuado.

### Nuevo sistema de valores

Este nuevo sistema de valores inventado por Priester aporta los valores centrales del profesionalismo médico y, en último término, la satisfacción del médico. Este autor cree que para reestructurar un sistema de valores y la reconfiguración del profesionalismo médico se debe empezar también con valores<sup>25</sup>.

El médico ha sido el último bastión de la nación del individualismo profesional, exceptuando a los miembros de facultad en la educación superior americana. Al tiempo que se ha aplicado en desarrollar su individualismo, el médico no ha desarrollado la cúpula del sistema profesional para adaptarse a las cambiantes necesidades asistenciales de la sociedad, lo que ha resultado en una profesión luchando por retener su alta posición y autonomía profesional de una manera insostenible, tanto económica como médicamente. Simplemente, los médicos de hoy no pueden ir solos y esperan una reforma con la máxima eficacia y satisfacción.

En la práctica, la autonomía profesional ha sido el valor más dominante, mientras que el acceso a la asistencia se ha subordinado a otros, particularmente a la autonomía profesional, la autonomía del paciente y a la soberanía del consumidor. Hoy todo esto cambia por las necesidades de la sociedad.

Priester<sup>25</sup> propone nuevos sistemas de valores, esencialmente dos: valores esenciales y valores instrumentales. Serían esenciales "lo fundamental para cualquier sistema sanitario; sin ellos, un sistema podría ser deficiente... , valores instrumentales son principalmente el medio para conseguir ayuda a los valores esenciales". Esto representa el principal valor, junto a otros 4 valores esenciales: 1) calidad; 2) eficiencia; 3) respeto al paciente; y

4) defensa del paciente. Los valores instrumentales de apoyo a los esenciales son: 1) responsabilidad personal; 2) solidaridad social; 3) defensa o intercesión social; 4) propiciar autonomía; 5) soberanía del consumidor; y 6) seguridad personal. En este sistema se encuentra el germen de un sentimiento revigorizado del profesionalismo médico.

A pesar de todo esto, la historia ha demostrado que los americanos no estaban tan preparados para hacer un reequilibrado rápido y drástico de estos valores que Priester sugirió en 1992.

### **Etapa de transición**

Para atender ampliamente las situaciones adecuadas e ineficaces que hoy se ven, la relación entre médicos y sociedad debe orientarse hacia un *consorcio* de respeto mutuo y calidad asistencial, muy alejado del médico absoluto y de la autonomía del paciente. La conexión esencial para esto es el concepto de equipo de trabajo o de interdependencia colaboradora. En esta transición debe observarse el giro entre los valores heredados de Priester (autonomía profesional, autonomía del paciente y soberanía del consumidor) y la nueva generación de valores esenciales (acceso a la asistencia, eficiencia y respeto a los pacientes). A medida que esta transformación siga progresando, los médicos deberán adaptarse y abrazar papeles de liderazgo, colaboración e interdependencia, que extrañarían a sus predecesores, que esperaban mantener su posición de autonomía profesional durante toda su carrera.

Los médicos en el siglo XXI pueden encontrar el significado y satisfacción profesionales más allá del individuo, para incluir a la sociedad en conjunto. La autoridad no se cedería con vistas a las decisiones de atención al paciente, sino en franco reconocimiento de la imposibilidad de seguir con "feudos médicos", lo mismo que su ineficacia. La práctica se llevaría adelante en equipos médicos orientados en áreas concretas de las necesidades y colaborando en el trabajo unos con otros.

En vez de exigir que los médicos aprendan y trabajen cada vez más bajo un sistema de presión en tiempo, estos deberían preguntarse cómo llegar a ser mejores gestores de los recursos que tienen a su disposición.

La tecnología de información sanitaria permite establecer una consulta en tiempo real, a diario, con especialistas a través de internet, demostrándose el acceso a conocimientos médicos básicos, antes en relación con el dominio exclusivo del médico. Así se puede ofrecer a los pacientes y a la sociedad la mayor experiencia en la aplicación de conocimientos en casos clínicos.

Una nueva generación de médicos ayudará a que esta transición se produzca desde el modelo de médico independiente del siglo pasado al actual.

### **COMERCIALISMO Y MEDICINA**

Nos gustaría pensar que la medicina está en un plano más alto, por encima de la barahunda del mercado, pero hay cierta opinión social de que algunos médicos aceptan sobornos a expensas de utilizar dispositivos o recetas de medicamentos. A muchos de nosotros, señala Kassirer<sup>25</sup>, nos ha llevado a pensar que el dinero es el origen de todo mal. No hace falta decir que el dinero debería ser una consideración de segundo orden en el empeño de todo ser humano<sup>26</sup>.

En medicina, el magnetismo del dinero es seductor. Durante más de dos mil años hemos confiado en una fuerza contrabalaceada para atacar el poder corruptor, el profesionalismo, que describe crudamente cómo hay que atender con responsabilidad al paciente con el mayor interés y en primer lugar.

Así pues, ¿la medicina es un negocio o una profesión?, plantea Kassirer. Antes vale la pena examinar la influencia que ejerce el dinero sobre la organización y la práctica de la medicina.

Aunque no pueda existir carrera alguna tan satisfactoria como la medicina, puede que no haya profesión alguna hoy con tanto alboroto. Casi a diario tenemos una nueva revelación acerca de médicos que sólo tratan a pacientes que pagan, médicos que se cambian de residencia por evitar multas por mala práctica, doctores que abandonan su profesión para hacerse analistas de inversión. También, un número pequeño de médicos, bastante malhumorados con su ejercicio profesional, se retiran tempranamente y buscan otras carreras.

Durante las últimas décadas del siglo XX, cuando la ciencia de la medicina ha conseguido sus mayores logros, el papel y la autoridad de los médicos ha menguado.

¿Cómo ha ocurrido esto? En opinión de Kassirer, el dinero ha sido el principal causante, llegando el público a pensar que médicos y organizaciones sanitarias profesionales se han aprovechado, y que son más una corporación o gremio que una profesión.

Pero en medicina la mercancía no es lo mismo que en un mercado. Los valores del mercado funcionan bien cuando el producto es pasta de dientes o salsa de tomate, pero no es tan efectivo ciertamente en cuestión de sanidad.

No hay mejor ejemplo de la perversa influencia del dinero y del fallo del profesionalismo como combatir la

tendencia que el dinero tiene en las industrias farmacéuticas, biotecnológicas y de dispositivos médicos<sup>28</sup>. Las compañías seducen a los médicos con comidas, artilugios, material de oficina, cosas personales, educación médica continuada y libros gratis, y pagos por incluir pacientes en ensayos clínicos.

La industria también conecta con los médicos en otras actividades bien pagadas: por consultarles en temas de mercado y científicos, por material de enseñanza, formar parte de su equipo de conferenciantes, asistir a sus consejos y participar en sus estudios de investigación. El pago se hace a veces en *stocks y stocks options*. ¿Estos "arreglos" con la industria son la excepción o la regla? Francamente nadie lo sabe porque son bastante ocultos. Desde luego, el problema es que ninguna de estos entendimientos sale gratis. Todos llevan alguna atadura o conexión y todos crean conflictos en el sentido de que el juicio profesional -como el interés primario del médico- tiende a estar influenciado por su interés secundario. Muchos médicos consideran que se creen influenciados en el ánimo o comprados. Actualmente se ha realizado gran investigación en psicología que demuestra que los regalos engendran una obligación de reciprocidad, que no solo se siente sino que además es el más poderoso instrumento de influencia en nuestra sociedad. Si esto es cierto, ¿cuáles son entonces los principios que deberían guiarnos como médicos para atender los conflictos económicos?

Kassirer estima que son los siguientes:

1. Las consideraciones financieras nunca deberían comprometer las decisiones que tome el médico, tanto asistencialmente como en investigación.
2. La información médica debe estar exenta de rasgos de implicación financiera.
3. La profesión deberá ser responsable, evitando un coste excesivamente alto de la asistencia.
4. En el supuesto de que se asuman lazos financieros, toda transacción deberá ser transparente. A modo de corolario, deberá hacerse con el fin de proteger al paciente cuando exista alguna posibilidad de hacerle daño.

Así pues, ¿qué hacer de todo esto? ¿Cómo ponemos a salvo el profesionalismo? El profesionalismo es fundamentalmente un pacto con la sociedad, que reconoce nuestros atributos y comportamientos y nos confiere una posición social. Estos privilegios no se nos confieren sin más, sino que tenemos que ganarlos y, por tanto, deben renovarse constantemente para que la posición esté preservada. Pero el profesionalismo tiene además una dimensión moral, un convenio o contrato entre médico y

paciente basado en las obligaciones morales que son la base de la índole de esta relación médico-paciente, obligaciones basadas en hacer las cosas bien o mal, y no desde modelos económicos o contractuales. Se basan en la confianza que tienen los pacientes en sus médicos, en la enorme inversión social del público en la medicina y en las responsabilidades de confianza en los médicos en proteger los mejores intereses del paciente.

Pero, ¿triumfa el dinero sobre el profesionalismo? Ciertamente, el *tsunami* del dinero farmacéutico está teniendo importantes consecuencias adversas. Ha creado una cultura en el diseño de estudios, a veces anticuada, para producir resultados positivos, en que los resultados no favorables se ocultan a veces, cuando la comunicación de resultados encuentra trabas por razones comerciales y cuando los sesgos en publicaciones y materiales de enseñanza no se han comprobado<sup>29</sup>.

Esta "sarta" de problemas es un recurso doloroso de adónde hemos llegado. ¿Pero qué podemos hacer?

- Tenemos que dejar de engañarnos a nosotros mismos de que la largueza de las compañías farmacéuticas y de fabricantes de dispositivos médicos no nos influyan.
- Debemos encontrar la manera de preservar los auténticos beneficios de la colaboración con la industria. Sorprende el espíritu empresarial que han creado los escáneres de resonancia magnética, "stents", drogas de bioingeniería y rodillas artificiales.
- Deberíamos premiar a los médicos que deciden no tener conflictos financieros con la industria.
- Debemos ser enormemente escépticos sobre cómo atender popularmente los conflictos de interés, o sea, destapando la relación. Mejor que no declararlo es declarar el conflicto.
- Debemos reforzar nuestras instituciones académicas y organizaciones profesionales, por ejemplo, eliminando que las compañías farmacéuticas patrocinen simposios en las principales reuniones médicas, lo cual caracteriza el poderío de los conferenciantes pagados por la industria. La enseñanza de las consecuencias de los conflictos de interés deberá comenzar cuando entre el estudiante por primera vez en la facultad de medicina y además deberá potenciarse anualmente.

Los directores de departamentos asistenciales deben tener el coraje de no reunirse con los vendedores de medicamentos fuera de las instituciones. A los estudiantes hay que hacerles comprender la obligación de reciprocidad y sus consecuencias sobre el profesionalismo.

## PROFESIONALISMO EN LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA ORTOPÉDICA

La práctica de la cirugía ortopédica se ha hecho cada vez más compleja en relación con las nuevas tecnologías y la actuación entre médicos y hospital. El rápido ritmo del desarrollo de nuevos implantes y de tecnología ha creado un sinnúmero de consecuencias inesperadas, y los cirujanos y la dirección médica del hospital se han visto forzados a ser expertos en todos estos asuntos. Por otro lado, se ha producido cierta dependencia de los proveedores (fabricantes y representantes), en un conflicto económico considerable por elevación de los costes y la influencia de la industria en la elección de sus productos. En otras palabras, la autonomía del cirujano a la hora de decidirse por cualquier producto está marcada por la participación de fuerzas extrañas a él<sup>30</sup>.

Por otro lado, la responsabilidad del cirujano ortopédico ha aumentado. Su liderazgo y autonomía de siempre se encuentran constreñidas por varios factores: dirección médica, otros clínicos y el equipo (servicio), proveedores, obligándole a redefinir su papel.

### Antecedentes

Clásicamente, la medicina ha sido merecedora de denominarse profesión, porque se regulaba a sí misma y no estaba sujeta a valoración por otros<sup>31</sup>, y la autonomía caracterizaba la manera en que el médico realizaba su trabajo diario de manera tradicional. La responsabilidad le correspondía a él mismo, al paciente, a la profesión y los modelos éticos. Hoy la autonomía del médico ha sido suplantada por la responsabilidad, como la base del profesionalismo médico<sup>32</sup>.

Las características tradicionales de la autonomía se han trocado de manera forzada por lo siguiente: nuevos protocolos hospitalarios; formularios y modelación de productos; frecuente sustitución de medicamentos; requerimientos de preautorización para consultas; procedimientos; denegación de ciertos servicios; respuesta al paciente con información por internet (todo nos llegará) y avisos directivos al consumidor; clima difícil de mala práctica médica y decisiones de otros sanitarios no médicos.

La responsabilidad en su mayor grado está sostenida por la fuerte evidencia de ensayos clínicos bien diseñados; esto no existe prácticamente en medicina clínica. El nivel de evidencia en algunas áreas puede ser variable, pero en estudios de cirugía ortopédica la evidencia de nivel IV (series de casos, estudios de control de casos, mal modelo de referencia o ningún análisis de sensibili-

dad) son los niveles de evidencia más frecuentes<sup>32</sup>. Esta variabilidad en la evidencia clínica pone de relieve la importancia anecdótica del médico junto a la medicina basada en la evidencia de alta calidad disponible.

El trabajo quirúrgico comporta, según Pope<sup>34</sup>, la existencia de factores específicos del paciente (por ejemplo, operaciones previas, anatomía particular, enfermedades asociadas o preferencias); del cirujano (por ejemplo, capacidad manual, facilidad para utilizar el material y buenos resultados del paciente) y contingencias externas (ambiente del quirófano y nivel de apoyo). Estas circunstancias implican que el cirujano tenga su responsabilidad alterada, si no coartada, y siempre sufrida.

### El reto de la autonomía actual

El alto coste de la atención al paciente en el hospital erosiona la relación médicos/hospital. Por ello, se ha reducido el tiempo de permanencia del paciente en el hospital y se ha avanzado mucho en la denominada cirugía ambulatoria.

La sobrecapacidad de productos radiológicos y su correcta aplicación es otro problema. El periódico de hoy (mayo, 2010) en España informa de las 650.000 resonancias magnéticas realizadas innecesariamente. El enfoque para reducción de costes ha cambiado lo que es un artículo de primera necesidad a preferencias del médico. En conjunto, faltan líneas de actuación en este mercado y los proveedores lo han fragmentado.

Todo ello fuerza al cirujano ortopédico a elegir productos basados en su aplicación clínica y en el coste, lo cual divide en cierto modo el tratamiento y la medicina clínica en detrimento de su autonomía y las soluciones de colaboración a largo plazo.

Cuando se sugiere que los productos son "equivalentes", a menudo el cirujano no está de acuerdo, citando la importancia de su opinión y conocimiento tácito. Obtener buena evidencia clínica y de coste en productos concretos empleados en cirugía es a veces difícil. La mayor parte de los cirujanos seleccionan productos sobre la base de su familiaridad y buenos resultados clínicos.

En materia de medicamentos, la industria farmacéutica para conseguir control de costes utiliza tres elementos, a modo de baremo: 1) genéricos; 2) nombre de medicamentos de marca preferida; 3) nombre de marcas no preferidas.

La salida auténtica a este problema es que el médico decide sobre los recursos a utilizar prescribiendo medicamentos y procedimientos diagnósticos refiriéndose a otros colegas para su aplicación a procedimientos quirúrgicos<sup>35</sup>.

El control de recursos plantea importantes retos al hospital y al cirujano. El suministrador o en cualquier caso el distribuidor del producto parece actuar, por un lado, como el agente del médico para promover la mejor atención y apoyo posibles en la práctica del cirujano; y, por otro lado, como agente del hospital, inventariando informalmente, asegurando la instrumentación, etc.; es decir, trabaja aumentando sus propios ingresos mientras atiende a ambos, cirujano y hospital. Pocos hospitales se comportan bien manteniendo al proveedor fuera del área quirúrgica con cirujanos, como técnicos de quirófano, y ocupándose de varias funciones clínicas, de dirección y suministro. Algunos entienden que este sistema reduce costes de hospital y que la instrumentación es más eficiente, en tanto que otros se muestran contrarios a esta actuación.

Ahora se entiende mejor cómo la cirugía de implantes proporciona un telón de fondo para orientarse en la

idea de la responsabilidad como clave del profesionalismo en el siglo XXI.

En la práctica ortopédica es una suerte o desgracia observar cómo el torrente que impulsa aguas abajo una cadena de valores complejos incluye organizaciones, sus productos y su personal.

El profesional, como gestor o apoderado del paciente, asume la responsabilidad de dirigir la utilización de la salud del paciente como un agente apoderado que trata de escoger lo que el paciente querría haber escogido, después de haber sido bien informado por el profesional que le atiende.

La cirugía, mientras que es en cierto modo paternalista en su concepto, continúa siendo como una especie de mezcla curiosa de participación activa y en cierto modo pasiva del paciente, pero poniendo en primer plano el beneficio del mismo.

---

**Bibliografía:**

1. Cruess SR, Johnston S, Cruess SL. Profession: a working definition for medical educators. *Teach Learn Med* 2004; 16:74-6.
2. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282:833-9.
3. Irvine DH. Patients, professionalism and revalidation. *BMJ* 2005; 330:1265-8.
4. Royal Collage of Physicians. Working parties: medical professionalism, evidende from Sir Donald Irvine. Disponible en: [http://www.replon-don.ac.jk/wp/medprof/medprof\\_prog\\_041216.asp](http://www.replon-don.ac.jk/wp/medprof/medprof_prog_041216.asp).
5. Frankford DM, Patterson M, Konrad TR. Transforming practice organization to foster lifelong learning and commitment to medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75:708-17.
6. Sullivan WM. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ* 2000; 162:673-5.
7. Hafferty FW. Definition of professionalism. A search for meaning and identity. *Clin Orthop* 2006; 449:193-204.
8. Johnston S. Developing professionalism across the generations. *Clin Orthop* 2006; 449:186-92.
9. Bucher R, Anselm S. Professions in process. *Am J Sociol* 1961; 66:325-34.
10. Ludmerer KM. Time to heal. New York, NY: Oxford University Press; 1999.
11. Funkenstein DM. Medical students, medical school and society during eras: factors affecting the career choices of physicians. 1958-1976. Cambridge, MA: Bal-linger Publishing Company; 1978.
12. Hafferty IW. What medical students know about professionalism. *Mt Sinai J Med* 2002; 69:385-97.
13. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizens-public roles and pro-fessional obligations. *JAMA* 2004; 291:94-8.
14. Brownell A, Keith W, Coté L. Senior residents' views on the meaning of pro-fessionalism and how they learn about it. *Acad Med* 2005; 80:205-10.
15. Wear D, Kuczewski MG. The professionalism movement: can we pause? *Am J Bioeth* 2004; 4:1-10.
16. Lamber EM, Holmboe ES. The relationship between speciality choice and gen-der of US medical students, 1990-2003. *Acad Med* 2005; 80:797-802.
17. Stern D. Practicing what we preach? An analysis for the curriculum of values in medical education. *Am J Med Ed* 1998; 104:569-75.
18. Seigler M. Training doctors for professionalism: some lessons from teaching clinical medical ethics. *Mt Sinai J Med* 2002; 69:404-9.
19. Cruess RL. Teaching professionalism. Theory, principles and practice. *Clin Or-thop* 2006; 449:177-85.
20. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *BMJ* 1997; 315:1674-7.
21. Stevens R. Oublic roles for the medical profession in the United States: beyond theories of decline and fall. *Milbank Q* 2001; 79:327-53.
22. Mandsley G, Strivens J. Promoting professional knowledge, experiential learn-ing and critical thinking for medical students. *Med Educ* 2004; 34:535-44.
23. Holsinger JW, Beaton B. Physician professionalism for a new century. *Clin Anat* 2006; 19:473-9.
24. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004; 350:69-75.
25. Priester R. A values framework for health system reform. *Health Aff* 1992; 11:84-107.
26. Kassirer JP. Commercialism and medicine: an overview. *Camb Q Healthcare Ethics* 2007; 16:377-86.
27. Needleman J. Money and the meaning of life, 1st ed. new York: Currency Do-bleday; 1991; p. 319.
28. Kassirer JP. On the take. How medicine's complicity with the big business can endanger your health. New York: Oxford University Press; 2004; p. 251.
29. Krinsky S. Science in the private interest: has the lure of profits corrupted bio-medical research? Lanham, Md: Rowman & Littlefield; 2003; p. 247.
30. Schneller ES, Wilson NA. Professionalism in 21st century professional practice. Autonomy and accountability in orthopaedic surgery. *Clin Orthop* 2009; 467:2561-9.
31. Friedson E. Profession of medicine: a study in the sociology of applied knowl-edge. New York, NY: Harper and Row; 1970.
32. Light D. Towards a new-professionalism in medicine: quality, value and trust. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123:1870-3.
33. Obremsky WT, Pappas N, Attallah-Wasif E et al. Level of evidence in or-thopaedic journals. *J Bone Joint Surg Am* 2005; 87A:2632-8.
34. Pope C. Contingency in every day surgical work. *Social Health Illn* 2002; 24:369-84.
35. Kemp R. Medical dominance and institutional change in the delivery of health care services. *Forum Soc Econ* 2007; 36:43-51.