

MESA DIMENSIÓN HUMANA

Profesionalidad: valores y competencias

Moderador:

J.R. Vázquez Díaz

Coordinador del Programa Dimensión Humana y de la Unidad Docente de MFyC de La Laguna-Tenerife Norte, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

Ponentes:

S. Pertusa Martínez

Médico de Familia. Alicante. Coordinador del Estudio Delphi "Profesionalidad y valores del médico de familia".

J.J. Rodríguez Sendín

Secretario General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

M. Baker

Honorary Secretary of the Royal College of General Practitioners (RCGP).

L. Aguilera García

Presidente de la semFYC.

Introducción

J.R. Vázquez Díaz

El desarrollo profesional del médico de familia se fundamenta en una serie de valores personales y profesionales y se expresa a través de la aplicación de una serie de técnicas que definen la propia especialidad.

Se podría definir profesionalidad al conjunto de valores, comportamientos y relaciones que sustentan la confianza que los ciudadanos tienen en sus médicos, pero no obstante sabemos que las condiciones en las que un médico ejerce son determinantes críticos para su expresión cotidiana y su desarrollo futuro.

Las principales características de la profesionalidad han sido tradicionalmente poseer un cuerpo teórico sistemático, autoridad para definir los problemas y su tratamiento, el adecuado manejo del poder que le otorga la comunidad para admitir y entrenar a sus miembros, códigos éticos que elevan el ideal de servicio a otros y una cultura que incluye las instituciones necesarias para llevar a cabo todas sus funciones. Sin embargo, en los últimos años, el valor e incluso la validez de la profesionalidad médica han sido cuestionados como resultado de cambios en la sociedad y en la propia medicina.

La medicina de familia comparte valores con otras ramas de la medicina, como no podría ser de otro modo. Ser médico implica la identificación con una serie de valores definidos y destilados por la profesión a lo largo de siglos.

La empatía, la compasión y el altruismo son valores humanos que, contextualizados a la medicina, cobran especial significado.

La "Professional Charter" de las asociaciones de internistas muestra unos fundamentos éticos y un decálogo de responsabilidades del médico: competencia profesional, conocimiento científico, la mejora de la calidad, la mejora del acceso, el manejo justo de los recursos, la honestidad, la confidencialidad, el cuidado de la relación, el manejo de los conflictos de intereses y la responsabilidad profesional. (ABIM, 2002). Sin embargo, algunos autores opinan que tiene limitaciones porque enfoca hacia un rol del médico más como un agente de cambio social que como "sanador" (Reiser SJ, 2003).

El programa de la especialidad de medicina de familia establece como valor del médico de familia una palabra: el compromiso, que luego se desglosa en 6 apartados: con las personas, social, con la calidad, con la especialidad, con la formación y ético.

Hemos de reconocer que esta primera aparición en el ámbito de la medicina de familia española de una declaración de valores profesionales ha supuesto un avance sustantivo con la situación previa, si bien aún queda mucho camino por andar en el proceso de transformación de esas ideas de valor o, si queremos, esos valores pensados en valores realmente vividos por los médicos de familia españoles.

Esta mesa recoge el testigo del debate suscitado en 2004 en el congreso de Sevilla, en la mesa organizada por Pablo Bonal, con el fin de tratar de avanzar en esta reflexión y atraer hacia la misma a las propias instituciones, que en su cuota parte de responsabilidad deben velar por el desarrollo profesional de los médicos, en nuestro caso, médicos de familia españoles.

Si bien en esta ocasión pondremos el mayor acento en el papel de las organizaciones profesionales, ello no quiere decir que los profesionales, cada uno de los médicos de familia que componemos esta profesión no tengamos el principal papel en eso de defender nuestra forma de ser profesionales. Es por ello que también se aprovechará la ocasión para presentar los resultados de un estudio Delphi, realizado con médicos de familia, sobre el significado de la profesionalidad en medicina de familia y su desarrollo.

La visión de los profesionales

S. Pertusa Martínez

Asumimos que en la base de una buena práctica médica y de ser un buen médico se encuentra un conjunto de valores, actitudes y comportamientos llamados profesionalidad médica. En los últimos años, el valor e incluso la validez de la profesionalidad médica han sido cuestionados como resultado de cambios en la sociedad y en la propia medicina. Diversos factores sociales y políticos, junto con los logros y las promesas de la ciencia médica, han remodelado las actitudes y expectativas de la sociedad y de los médicos. La relación entre los médicos y la sociedad, la relación médico-paciente y los medios en los que el médico se forma y ejerce han cambiado profundamente.

Hace 2 años que Dimensión Humana (dH) se transformó en un programa de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), y una de sus misiones es la defensa y promoción de los valores profesionales de la medicina de familia (MF) en España.

Como parte de su despliegue, dH se propone elaborar un documento de trabajo sobre la profesionalidad y los valores del médico de familia en España, emanado de los propios profesionales, médicos de familia, que sirva de referencia para el colectivo que lidera y, por extensión, para los ciudadanos a los que ofrece sus servicios.

Para ello hemos aplicado la metodología Delphi para la búsqueda del consenso en un grupo de 18 médicos de familia seleccionados para el estudio: 7 mujeres y 11 hombres, de diferentes edades y procedencias, con perfiles variados que abarcan las diferentes tipologías de los médicos de familia españoles.

Se partió de un primer cuestionario elaborado por el equipo investigador, con una serie de preguntas abiertas para, a continuación, con las respuestas obtenidas de los panelistas, elaborar un cuestionario de preguntas cerradas sobre las que posicionarse en dos rondas sucesivas, con el fin de determinar en qué aspectos aparece consenso o disenso entre los miembros del panel. Las preguntas que planteadas en esta fase inicial son las siguientes:

1) Valores personales, valores profesionales y profesionalidad ¿Qué le parece? Expresé brevemente lo que entiende por cada uno y la relación que puede haber entre ellos.

- 2) Defina profesionalidad en medicina de familia y comunitaria.
- 3) Enumere qué aspectos, componentes o características de la profesionalidad considera especialmente relevantes en un médico de familia.
- 4) ¿En qué medida considera que dicha visión de la profesionalidad se está expresando hoy en la consulta del médico de familia? Señale, por favor, obstáculos y posibilidades.
- 5) Analice esquemáticamente el contexto actual, social, profesional, asistencial y docente en su relación con la profesionalidad y extraiga las 6 ideas que en relación al mismo considere más importantes.
- 6) ¿Considera que la profesionalidad puede enseñarse? En caso afirmativo ¿cómo?; en caso negativo, explique por qué.
- 7) ¿Quiénes deben velar por el desarrollo y mantenimiento de la profesionalidad en medicina de familia y comunitaria?
- 8) ¿Cómo podrían hacerlo?

Los resultados mostrarán el grado de consenso de los panelistas sobre las diferentes afirmaciones planteadas y nos permitirán extraer conclusiones sobre el estado de la cuestión en España.

Valores y competencias del médico

J.J. Rodríguez Sendín

Introducción

El único lugar –la iglesia común– donde confluyen todos los ciudadanos para reclamar juntos el mismo interés común es el sistema nacional de salud (SNS) y, concretamente, el centro de salud. Por eso, el SNS es el mejor bien público que además actúa como colchón amortiguador de tensiones y promotor de paz social, y así las bases que deben sustentar el modelo de ejercicio profesional del médico coinciden con lo que debe sustentar el pilar más fuerte de nuestro estado de bienestar, que es el SNS. Ética, política, economía y medicina como ciencia determinan el ejercicio profesional o sea, en la medicina actual se coimplican lo que Laín consideraría momentos distintos continuos y complementarios del quehacer médico: un momento científico-técnico, otro político-social, otro socioeconómico y otro psicoético. Así, el ejercicio de la medicina viene determinado en la actualidad por 4 determinantes que el médico debe conocer, combinar y manejar adecuadamente: la ciencia, la economía, la política y la ética.

El médico actual, como siempre, debe manejar muy bien los aspectos científico-técnicos y de relación con el paciente. Sin embargo, la sociedad demanda un profesional final que sea excelente en la resultante de la interacción del conocimiento y aplicación al ejercicio diario de todos los componentes que intervienen. Precisa conocer una realidad social, sanitaria y científica muy dinámica con escaso tiempo para la reflexión y respuesta, para actuar sobre un paciente diferente que ya no es el que era, es más libre, más autónomo y dueño y señor efectivo de su vida.

Los principios morales que afectan a la relación entre trabajo médico, economía y salud condicionados por los adelantos de la ciencia, las reglas del mercado, los intereses políticos, las leyes civiles y penales, deben tener respuesta adecuada y, por lo tanto, ser conocidos por el médico que, además, debe actualizar sus respuestas con relación a los numerosos problemas éticos que origina el trabajo médico moderno.

La profesión médica debe redefinir sus compromisos sociales y códigos de conducta estableciendo un contrato con la sociedad que, situando el interés del enfermo y de la salud por delante del interés médico, exigiría un ejercicio profesional competente e íntegro, además de dirigido a educar e informar a la sociedad en materia de salud.

Para este compromiso médico es preciso desplegar un dispositivo ideológico, de posiciones y actitudes personales ante la vida, la muerte, el ser humano y el ecosistema donde vive, que va más allá de cualquier compromiso académico, técnico, administrativo o laboral. Se pretende ofrecer un esbozo de esos compromisos profesionales pero vinculados e integrarlos en la práctica clínica diaria y conformar las competencias actuales del médico de familia

Ciencia: la racionalidad

La ciencia médica y su dinamismo vertiginoso con frecuencia superan al médico, no tiene tiempo de adaptación y de respuesta.

La medicina moderna, sus avances tecnológicos, las numerosas especialidades, han alargado la vida y retrasado la muerte, lo que es un éxito extraordinario; sin embargo, también se alarga el tiempo de vida, en el que

la vida ya no es vida, en forma de agonía innecesaria, éticamente deplorable, con fórmulas sutiles de encarnizamiento terapéutico o, incluso, como tiempo de soledad extrema del paciente que espera que llegue la muerte. Por ello, hay una fuerte disonancia entre la búsqueda del éxito y la tecnología médica más audaz y sofisticada, por una parte, y el olvido de la dignidad y del respeto que son debidos al hombre enfermo, al terminal que precisa controlar su sufrimiento, por otra.

El problema más acuciante de la medicina contemporánea no reside tanto en la innovación tecnológica o en la preparación técnica de sus cuadros profesionales, como en el rearme ético de los mismos y en su compromiso universal con la lucha contra los grandes problemas de los seres humanos. El mundo médico no puede separarse de la realidad social de la que forma parte y a la que debe responder y adaptarse en cada momento. Pero la práctica médica no termina en lo evidente, en lo científicamente probado. Hay una medicina empírica de lo cotidiano, probablemente la más voluminosa, que seguirá siendo empírica hasta donde no pueda llegar lo científico y manejará adecuadamente la incertidumbre. Esa medicina no es exitosa, tiene escaso reconocimiento; sin embargo, es fundamental, es determinante en nuestra sociedad.

Políticas: la gobernabilidad

Tomar decisiones en salud que se aplicarán a la polis, a la comunidad. De ellas dependerá la sostenibilidad y gobernabilidad del SNS.

– Es un error separar absolutamente política y medicina. Ambas tienen campos comunes contemplados desde racionalidades diferentes que deben entenderse y complementarse. Política y medicina deben promover el bien de las personas sin ningún tipo de discriminación y diferencia. Pero para poder hacerlo también deben trabajar en pro de una distribución justa de los recursos sociales y económicos de los que son responsables.

Las políticas de salud desde la sociedad organizada, una vez producida la descentralización sanitaria completa, probablemente transformen sus modelos centralizados, transfiriendo competencias de gestión a los ayuntamientos o a los propios sanitarios de los centros públicos, que estarán orientados a objetivos de salud. A la vez, la administración sanitaria va a exigir mayor rigor y control en el reconocimiento de las prestaciones sanitarias fundadas en la evidencia científica.

– La primera socialización de la medicina supuso que fuera la sociedad organizada la que se ocupara de la protección de su salud y de la prevención de su enfermedad. Tras el último estado de la cosa, es decir, tras las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, y los caminos, en ocasiones divergentes, que está tomando la gestión de la salud, quizás debamos ser los ciudadanos y los profesionales sanitarios los que debamos pedir la segunda socialización. Es decir, que dejen de influir los intereses privados –también hay intereses privados en la gestión pública– cuando no es posible el acuerdo para actuar con racionalidad en materia de salud, cuando las diferencias aumentan, y la sanidad es la arena de lucha política en vez de un mecanismo de paz social.

En resumen, nuestra obligación moral no es sólo la de respetar los derechos humanos y la protección del medio ambiente, sino también la de enriquecer nuestro entorno con adecuadas oportunidades educativas, culturales, recreativas y espirituales que nos permitan alcanzar una vida plena sin descuidos ecológicos.

– También es el momento de preguntarse por el camino que debe tomar el ejercicio médico tras los procesos de globalización y del dominio de las compañías médico-financieras y médico-farmacéuticas, que administrando la asistencia y prestaciones sanitarias y farmacéuticas, pueden condicionar el ejercicio profesional marginando los intereses de los enfermos y de los profesionales.

Por encima de cualquier otra consideración y al margen de sus relaciones con las Administraciones, empresas aseguradoras e industria farmacéutica, la medicina y los médicos deberán seguir garantizando los intereses de sus pacientes, que deben centrar en 3 columnas fundamentales: bienestar, autonomía y justicia social.

Economía: sostenibilidad

El médico debe introducir el sentido económico tras decidir lo más adecuado y conveniente para su paciente.

El criterio económico no puede condicionar definitivamente la atención, ni convertirse en principio fundamental y último del cuidado del paciente. La economía de la salud del sistema público va a requerir que la prescripción de las intervenciones médicas y la introducción de nuevas tec-

nologías se atiendan en base a la efectividad probada en resultados en salud. En consecuencia, la eficiencia en términos gerenciales va a ser sustituida por el coste/efectividad de lo que hace y de aquello que recomiendan a sus pacientes

Ética: solidaridad y equidad

Una ética laica, precisamente para responder en condiciones de igualdad a la gran heterogeneidad de éticas individuales de nuestros ciudadanos.

– Es preciso pisar el acelerador para desarrollar y perfeccionar el consentimiento informado, documento de últimas voluntades, la objeción de conciencia y el consenso sobre los cuidados al final de la vida que antes que después debe ser una oportunidad que nuestros responsables políticos utilicen adecuadamente, la gran producción literaria de nuestra legislación actual.

– Merece mención destacada el cuidado exquisito de cualquier fórmula de incentivación aplicada al ejercicio médico. Es preciso y urgente hacer un esfuerzo por desarrollar, actualizar y modelizar las implicaciones éticas de la incentivación en cualquier práctica clínica, sin distinción alguna.

Buena práctica médica: ética, equidad y salud

Aunque forma parte del apartado anterior, quiero detenerme con especial énfasis en la relación de la buena práctica médica y sus garantías (gratuidad, universalidad, etc.) como soportes imprescindibles de nuestra justicia social.

– *No es posible justificar la desigualdad en atención sanitaria sin menospreciar a los que la sufren.* Es imposible separar bioética de equidad, como lo es separar alimentación de salud, bienestar y felicidad. Su falta atenta contra la vida y provoca dolor. No obstante, siendo una necesidad cotidiana, su importancia ha tendido a ser percibida solamente en relación a mantener la vida, la continuidad de la existencia y la reposición de las fuerzas para vivir. Lo que a todas luces es insuficiente.

Las garantías mencionadas se concretan en la equidad, como mandato bioético integrado, que afecta a los 4 principios fundamentales de la bioética: no-maledicencia, beneficencia, autonomía y justicia. En consecuencia, los esfuerzos por alcanzar la mayor equidad deben formar parte de las preocupaciones y obligaciones éticas del médico y de la medicina. En este punto tiene relevancia especial la defensa de los derechos humanos y de la salud pues los médicos tenemos bien aprendido que cualquier discriminación contra el derecho de todos los ciudadanos a la mejor asistencia médica posible puede tener consecuencias añadidas sobre la salud física y mental.

La medicina no debe ser ajena a las pérdidas de equidad en la atención sanitaria a sus pacientes, pues sería consecuencia de una insuficiencia ética, con lo que comporta de menosprecio a los ciudadanos, a la convivencia y a la salud de los más necesitados.

– *¿Qué pasa si ante el despilfarro no hacemos nada?* Si no hacemos nada, como los recursos sanitarios son finitos, se utilizan donde más se demanda, se provoca racionamiento (aumento de precio o listas de espera). Quien no quiere esperar una lista y tiene recursos tiene la opción privada. Los más débiles, los que menos capacidad de demanda y exigencia tienen, los pobres, ancianos y más desfavorecidos no suelen tener alternativa ni, en ocasiones, capacidad de demanda para las que le ofrece el sistema. El resultado es más dolor, enfermedad y muerte. Luego la mejor manera de relacionar ética y equidad es disminuir las bolsas de actividad ineficiente y hacer esta búsqueda sistemáticamente.

– *Si ineficiencia es causa de dolor, enfermedad o muerte:* toda persona que sea insensible a ella lo será al dolor a la enfermedad o a la muerte, por lo cual es preciso prestar atención especial a todo planteamiento o argumento socioeconómico por muy interesante que pueda ser desde una perspectiva profesional, si humanamente carece de consistencia o introduce riesgos y desde la racionalidad sanitaria debe ser rechazado. Cualquier intervención que se realice debe tener unos procedimientos robustos. Si no fuera así es mejor no hacerla: ni el sistema actual ni su burocracia son tan malos; por el contrario, ofrecen buenos resultados.

Lo que es efectivo es habitualmente eficiente. Si no se les atiende adecuadamente el pobre es más pobre, el enfermo es más enfermo... Por eso, es ético ser coste efectivo y no es ético no serlo. Las desigualdades favorecen la insolidaridad y rompen la convivencia con el entorno que rodea al individuo, impiden entenderse y organizarse con mutuo respeto y acaban afectando las relaciones armoniosas consigo mismo y con los demás.

Los médicos conocen bien que las reacciones intelectuales y afectivas ante los desajustes sociales pueden estar originadas por desigualdades sociales y a la vez afectar a la capacidad de tolerancia y adaptación de los individuos.

– *Un crecimiento científico y tecnológico vertical y apresurado no ofrece posibilidades para las aplicaciones de gran utilidad social.* Los logros alcanzados sólo son posibles para el que puede adquirirlos al mejor precio. Los recursos no permiten el crecimiento horizontal de los logros alcanzados, sino para nuevas investigaciones que progresivamente se alejan más de la base social a la que deberían servir. Tampoco hay tiempo de adaptación y de respuesta a las nuevas situaciones que, al aparecer de forma imprevista, ponen en evidencia una ética de usar y tirar adaptada a cada momento, inservible para el siguiente y la falta de políticas basadas en el conocimiento.

Conclusión

La falta de distribución equitativa de los recursos sanitarios es consecuencia de una insuficiencia ética que supone un menosprecio a cualidades mentales necesarias tanto para las relaciones armoniosas consigo mismo como para la convivencia con los demás, lo que impide entenderse y organizarse con mutuo respeto, con consecuencia para el cuidado del medio natural donde se desarrolla la vida y el ambiente social.

La paz social, es decir las reacciones intelecto-afectivas para la adaptación del individuo, familia y comunidad a cualquier circunstancia, especialmente cuando aquellas son imprevisibles, no es ajena a la salud mental y a la capacidad de tolerancia y adaptación que provoca la distribución equitativa de las posibilidades y recursos sanitarios.

Professionalism in general practice—role of the RCGP

M. Baker

Medical professionalism signifies a set of values, behaviours, and relationships that underpins the trust the public has in doctors.

RCP. 2005

The Royal College of General Practitioners is the largest membership organisation in the United Kingdom solely for GPs. It aims to encourage and maintain the highest standards of general medical practice, for the benefit of patients, and to be the 'heart and voice' of GPs on issues concerned with education, training, research, and clinical standards. Founded in 1952, the RCGP has over 36,000 members who are committed to improving patient care, developing their own skills and promoting general practice as a discipline. The work of the College therefore underpins the development of professional values and attitudes in British general practitioners.

All doctors in the UK are registered with, and regulated by, the General Medical Council (GMC) whose stated purpose is to 'protect, promote and maintain the health and safety of the public by ensuring proper standards in the practice of medicine'. The GMC have a key publication, *Good Medical Practice*, which sets out the principles and values on which good practice is founded. They state that these principles together describe medical professionalism in action and they are set out under the following headings:

- Good clinical care.
- Maintaining good medical practice.
- Teaching and training, appraising and assessing.
- Relationships with patients.
- Working with colleagues.
- Probity.
- Health.

Following the publication of *Good Medical Practice*, the RCGP developed its own guidance, *Good Medical Practice for General Practitioners*. This takes each of the headings above and describes them in the particular context of general practice. For British GPs, these are the two key documents that explain professional values to doctors and the public and all of the RCGP's work in training, assessment and standards is mapped against these.

In 2007, the RCGP published its first national curriculum for training in general practice. This describes the knowledge, competences and professional attitudes necessary to practice as a GP in the United Kingdom. It

is mapped against *Good Medical Practice* and also draws from the WONCA Europe 2005 '*European Definition of General Practice/Family Medicine*'. The College's membership examination is the mechanism for assessment against the curriculum and since August 2007, success in this examination has been an essential requirement for entry to the GMC's GP register that lists those practitioners eligible to work in the UK health service.

The GMC is also working with the British medical Royal Colleges, including the RCGP, on a process known as recertification. This is due to be introduced in 2010 and will impose a requirement on specialists and GPs to demonstrate that they continue to meet the standards that apply to their discipline. So, GPs will need to gather evidence that they practice in accordance with the values and behaviours described in *Good Medical Practice for GPs*.

All of these processes and requirements mean that the RCGP is instrumental in ensuring that training and assessment for British general practice is conducted against a background of explicit professional values and

standards. With the introduction of recertification, practising GPs will also need to demonstrate that they continue to meet the professional standards set out by the College at regular intervals (every five years) through the course of their working lives. Through this work, the RCGP fulfils its aim of fostering and maintaining the highest possible standards of general practice for the benefit of patients.

References

- General Medical Council. *Good Medical Practice* London: General Medical Council, 2006.
- General Practitioners Committee of the BMA and the Royal College of General Practitioners. *Good Medical Practice for General Practitioners*. London: RCGP, 2006.
- Royal College of Physicians. *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*. Report of a working party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP, 2005.
- WONCA Europe. *The European Definition of General Practice/Family Medicine* London; WONCA Europe, 2005.