
Editorial

Autonomía médica*

Cuando se invoca la *autonomía médica*, frecuentemente se evidencia confusión con respecto a quién aplica -¿al individuo o la profesión?- y qué significa.

Para comenzar, veamos qué se entiende por autonomía. La palabra se deriva del griego *auto*, “uno mismo”, y *nomos*, “norma”, lo que, dicho de otra forma, es la capacidad de alguien para tomar decisiones sin ayuda de otro.

Para la Real Academia de la Lengua, *autonomía* es la “condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie”. De otra parte, el Diccionario Enciclopédico Norma la define así: “estado y condición del individuo o pueblo que se gobierna por sí mismo”.

Dadas las anteriores acepciones de la palabra autonomía, es fácil entender por qué muchos entienden que alguien *autónomo* es alguien que puede actuar sin control, sin responder por su conducta. No obstante, el concepto moderno de autonomía propuesto principalmente por Kant, se refiere a la capacidad del individuo de gobernarse por una norma que él mismo acepta como tal, sin coerción externa. En este sentido, *autónomo* es quien actúa libremente de acuerdo con un plan elegido, es decir, dentro del marco de una norma libremente adoptada. Quien no es capaz de reflexionar para elegir libremente un plan, está destinado a ser controlado por otros.

Thomas Percival, distinguido médico inglés, a comienzos del siglo XIX, transformó de manera radical los conceptos éticos médicos predominantes, al definir los deberes éticos como asuntos de categoría profesional, más que de carácter personal. Hasta ese momento, la ética médica era una responsabilidad individual, basada en virtudes personales. A partir de los trabajos de Percival dicha responsabilidad comenzó a verse como colectiva -profesional- respaldada por el conocimiento científico.

El Código de *ética médica* de la Asociación Americana de Medicina (AMA), publicado en 1847, inspirado en el pensamiento de Thomas Percival, propuso a los médicos asumir una serie de obligaciones frente a la comunidad, mientras ésta, a cambio, le otorga a la profesión una serie de prerrogativas especiales, entre las que sobresale la libertad para establecer sus propios estándares. En otras palabras, la sociedad le confiere *autonomía* a la profesión médica. Como era de esperarse, casi

inmediatamente surgió la discusión acerca de qué significa *autonomía profesional* y el interrogante acerca de si los estándares promulgados por la profesión son de carácter obligatorio para todos los médicos o si, por el contrario, estos son libres para establecerlos individualmente.

Aunque en los primeros años las respuestas no fueron contundentes, desde finales del siglo XIX *autonomía profesional (médica)* significa que la profesión médica establece y hace cumplir los estándares de calidad de la práctica. De esta manera se genera una especie de reciprocidad: los médicos individuales se benefician de las prerrogativas profesionales y sociales obtenidas por la AMA, mientras ellos, a cambio, se comprometen a seguir las recomendaciones establecidas por sus comités.

Richard Cabot, profesor de medicina y ética de la Universidad de Harvard, produjo un cambio drástico en la orientación de la formación de los médicos. Para él, lo realmente crítico desde el punto de vista ético es la habilidad para tratar efectivamente la enfermedad, lo que, además de competencia individual, frecuentemente implica trabajar con otros. A esta ética se le denominó *ética de la competencia*.

En la década de los setenta (siglo XX) se introdujeron dos conceptos, ambos derivados de los trabajos de Percival y Cabot. El primero de ellos fue el de que los estudios probabilísticos constituyen la mejor evidencia acerca de qué intervenciones son efectivas; el segundo, que la mejor práctica es aquella que utiliza los resultados de la investigación en el cuidado de los pacientes individuales.

En la medida que la aplicación rigurosa del método científico apoyado en herramientas estadísticas mostró correlación sólida entre intervenciones asistenciales y resultados, nació el gran movimiento moderno conocido como *medicina basada en la evidencia*, el que a su vez, sirve de soporte a los protocolos o guías de atención, que no son nada diferente a recomendaciones explícitas de tratamiento para situaciones específicas, fundadas en investigación validada estadísticamente.

La implementación de las guías de práctica ha tenido toda suerte de dificultades y críticas, y ha sido objeto de resistencia por parte de los médicos clínicos, algo que no debe sorprendernos habida cuenta de lo que ha sido la historia del mejoramiento continuo a lo largo de los años.

Si bien los médicos siempre han estado interesados en mejorar la calidad de lo que hacen, las guías desafían la forma tradicional de práctica, en la que se valora enormemente la habilidad del profesional para tratar pacientes individuales con base en su juicio clínico acumulado durante años y muy poco o nada su capacidad para seguir instrucciones provenientes de estudios masivos. En otras palabras, esta dificultad representa la versión moderna del antiguo conflicto entre la medicina como arte y la medicina como ciencia.

La objeción más frecuente, y quizás la más importante, es el hecho de percibir las guías como un atentado contra la *autonomía médica*, entendida ésta como una autorización para practicar sin control, aún por parte de pares, interpretación que se aparta radicalmente del concepto original, que, como se dijo antes, es la prerrogativa que la sociedad le confiere a la profesión médica como grupo para establecer y hacer cumplir sus propios estándares de calidad.

El momento actual es crítico y sin duda muy oportuno para que los médicos asuman el desafío con base en argumentos éticos y prácticos. Entre estos, hay que destacar el hecho de que el compromiso de promover el mejoramiento de la calidad cimienta la confianza de la sociedad en la profesión médica y, por ende, a legitimar su *autonomía* para autorregularse. Si la profesión se autorregula mediante estándares de práctica soportados en la mejor evidencia disponible, la sociedad gana, porque es la directa beneficiaria de una atención de calidad, y la profesión gana, porque se hace innecesaria la intervención de terceros.

La 39 Asamblea de la Asociación Médica Mundial (Madrid, España, octubre 1987) produjo una declaración que posteriormente fue revisada en su redacción por la 170 Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, en mayo de 2005, cuyo propósito fue adoptar unos principios relativos a la *autonomía y autorregulación profesionales*, teniendo en cuenta la importancia de estos conceptos para el cuerpo médico del mundo, y los problemas y las dificultades que actualmente enfrentan.

A continuación se transcribe textualmente el contenido de dicha declaración:

“La Asociación Médica Mundial, habiendo examinado la importancia que la autonomía y autorregulación profesional tienen para el cuerpo médico del mundo, y reconociendo los problemas y las dificultades que actualmente se presentan a la autonomía y autorregulación profesional, adopta la siguiente Declaración:

1. El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía que el médico puede emitir con toda libertad su opi-

nión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes, tal como lo establece la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Independencia y la Libertad Profesional del Médico, adoptada en octubre de 1986.

2. La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales reafirman la importancia de la autonomía profesional como componente esencial de la atención médica de alta calidad y, por consiguiente, como un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales se comprometen a mantener y garantizar ese principio de ética esencial, que es la autonomía profesional en la atención de los pacientes.

3. Paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico.

4. La Asociación Médica Mundial urge a sus asociaciones médicas nacionales a establecer, mantener y participar activamente en un sistema de autorregulación de los médicos en sus respectivos países. Esta dedicación a una autorregulación efectiva es la que finalmente asegurará a la profesión la autonomía para tomar decisiones sobre la atención médica de los pacientes.

5. La calidad de la atención prestada a los pacientes y la competencia del médico que entrega dicha atención, deben ser siempre la preocupación primordial de cualquier sistema de autorregulación. Los médicos tienen la experiencia para hacer las evaluaciones necesarias. Tales evaluaciones deben utilizarse en beneficio de los pacientes para asegurarles la calidad continua de la atención prestada por médicos competentes. Dentro de esta preocupación está también la necesidad de supervisar los adelantos en la medicina científica y la utilización de métodos terapéuticos seguros y efectivos. Los procedimientos experimentales deben cumplir las normas de protección requeridas por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y otras disposiciones que pueda tomar cada país. Las teorías científicas de tipo dudoso no deben ser usadas en pacientes.

6. Tener conciencia de los gastos es un elemento esencial de la autorregulación. La atención de la más alta calidad sólo puede justificarse por la certeza de que el costo de tal atención permita que todos los ciudadanos tengan acceso a esa atención. Nuevamente, los médicos están particularmente calificados para hacer las evaluaciones necesarias para tomar las decisiones de control de gastos. Por tal razón, las asociaciones médicas na-

cionales deben incluir el control de gastos en sus respectivos sistemas de autorregulación. Los puntos comunes en materia de control de gastos tienen que ver con los métodos de prestación de la atención médica, el acceso a los hospitales y a la cirugía, y el uso apropiado de la tecnología. El control de gastos no debe ser usado como pretexto para negar a los pacientes los servicios médicos que necesitan. Tampoco debe permitirse el excesivo uso de facilidades médicas que aumente el costo de la atención médica de tal manera, que no permita acceso a ella a los que las necesitan.

7. Por último, las actividades profesionales y la conducta de los médicos debe siempre estar dentro de los límites del código de ética profesional o de los principios de ética médica en vigor en cada país. Las asociaciones médicas nacionales deben alentar a los médicos a adoptar una conducta ética para mayor beneficio de sus pacientes. Las violaciones a la ética deben ser rápidamente corregidas y los médicos culpables de dichas violaciones deben recibir medidas de disciplina y rehabilitados. Se trata de una responsabilidad que sólo las asociaciones médicas nacionales pueden asumir y llevar a cabo efectiva y eficientemente.

8. Por supuesto que existen muchos otros tipos de autorregulación por los cuales las asociaciones médicas nacionales deben asumir responsabilidad. Se insta a las asociaciones médicas nacionales a ayudarse mutuamente para hacer frente a tales problemas y a otros por venir. Se recomienda el intercambio de información y experiencia entre las asociaciones médicas nacionales, la Asociación Médica Mundial ayudará a facilitar este intercambio a fin de mejorar la autorregulación.

9. La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales deben también educar al público en general con respecto a la existencia de un sistema efectivo y responsable de autorregulación por parte de la profesión médica del país respectivo. El público debe saber que puede confiar en este

sistema de autorregulación para una evaluación honesta y objetiva de los problemas relativos al ejercicio de la medicina, y a la atención y tratamiento de pacientes.

10. La acción colectiva de las asociaciones médicas nacionales de asumir la responsabilidad de establecer un sistema de autorregulación profesional realzará y asegurará el derecho del médico de tratar sus pacientes sin interferencia en su juicio y discreción profesional. Una conducta profesional responsable por parte de los médicos y un sistema efectivo y eficiente de autorregulación organizado por la asociación médica nacional, son indispensables para reafirmar al público que cuando ellos sean pacientes, recibirán una atención médica de calidad prestada por médicos competentes.”

Es evidente que la declaración anterior se soporta en los conceptos enunciados en este escrito, específicamente en el de *autonomía médica*, entendida como la “prerrogativa que la sociedad le confiere a la profesión, no al médico individual, para autorregularse mediante estándares obligatorios para todos”.

Finalmente, resumiendo lo dicho, es el momento de que los profesionales de la salud diseñen y pongan en práctica estrategias de autorregulación, soportadas en la mejor evidencia disponible, si de reconquistar, al menos en parte, la *autonomía* se trata. De no hacerlo, serán objeto de un progresivo y creciente control externo.

* Artículo previamente publicado Portocarreño J. Autonomía médica. Revista Viasalud 2009; volumen (47) : 2 - 5

Dr. Julio Portocarreño Martínez
Director del Centro de Gestión Hospitalaria