

# Formación médica consciente de los costos: análisis ético

Miriam Pinillos Marambaia<sup>1</sup>, Lilliane Lins-Kusterer<sup>2</sup>, Mary Gomes Silva<sup>1</sup>, Carolina Villa Nova Aguiar<sup>1</sup>, Dilton Rodrigues Mendonça<sup>1</sup>, Marta Silva Menezes<sup>1</sup>

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador/BA, Brasil. 2. Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil.

## Resumen

El desperdicio en salud es una preocupación a nivel mundial. La campaña Choosing Wisely (“elegir sabiamente”) propone discutir costos innecesarios en la atención sanitaria, un aspecto ético relevante en la formación médica. El objetivo de este estudio es analizar la percepción del docente médico sobre los factores que interfieren en la formación consciente de los costos del estudiante de medicina. Se trata de un estudio cualitativo, realizado con docentes médicos del internado. Los datos se sometieron a la técnica de análisis temático y 64 profesores respondieron al cuestionario. Surgieron las categorías: formación médica deficiente, medicina defensiva/miedo, influencia de la industria y del consumo, falta de conocimiento/compromiso con la gestión de los servicios de salud, acceso del paciente a información médica en la web y ausencia de cuidado en la atención a la persona. Los docentes, como potenciales formadores, presentan lagunas en la formación ética y humanística profesional que dificultan la aplicabilidad de la campaña de concienciación médica respecto a los costos.

**Palabras-clave:** Ética médica. Costos de la atención en salud. Docentes médicos. Bioética.

## Resumo

### Formação custo-consciente do médico: análise ética

O desperdício em saúde é uma preocupação de âmbito mundial. A campanha Choosing Wisely (“escolher com sabedoria”) propõe discutir custos desnecessários na assistência à saúde, aspecto ético relevante na formação médica. O objetivo deste estudo é analisar a percepção do docente médico de fatores que interferem na formação custo-consciente do estudante de medicina. Trata-se de estudo qualitativo, realizado com docentes médicos do internato. Os dados foram submetidos à técnica de análise temática. Responderam ao questionário 64 professores. Emergiram as categorias: formação médica precária, medicina defensiva/medo, influência da indústria e do consumo, falta de conhecimento/comprometimento com a gestão dos serviços de saúde, acesso do paciente a informações médicas na web e ausência do cuidado na atenção à pessoa. Os docentes, enquanto potenciais formadores, apresentam lacunas na formação ética e humanística profissional que dificultam a aplicabilidade da campanha de conscientização em relação a custos pelo médico.

**Palavras-chave:** Ética médica. Custos de cuidados de saúde. Corpo docente de medicina. Bioética.

## Abstract

### Cost-conscious training of the physician: ethical analysis

Waste in health is a global concern. The Choosing Wisely campaign proposes to discuss unnecessary costs in health care, a relevant ethical aspect in medical education. The objective of this study is to analyze the perception of medical professors of factors that interfere in the cost-conscious education of medical students. This is a qualitative study, carried out with medical professors of an internship program. The data were subjected to the thematic analysis technique. In total, 64 professors answered the questionnaire. The following categories emerged: poor medical training, defensive medicine/fear, influence of industry and consumption, lack of knowledge/commitment to the management of health services, patients' access to medical information online, and deficient patient care. Professors, as potential trainers, have gaps in professional ethical and humanistic training that hinder the applicability by the physician of the awareness campaign regarding costs.

**Keywords:** Ethics, medical. Health care costs. Faculty, medical. Bioethics.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CAEE 57164216.1.0000.5544

El pensamiento consciente de los costos —y lo que representa en la formación del profesional médico— ha estado cada vez más presente en los debates médicos<sup>1</sup>. Es responsabilidad ética y profesional de los médicos y de otros profesionales de la salud evitar el uso excesivo e inadecuado de cuidados que no benefician a los pacientes. Existe un conflicto crucial entre la búsqueda de una atención sanitaria de calidad y la necesidad de controlar los costos crecientes<sup>2</sup>.

La cuestión no se limita a la gestión de costos, sino que también destaca la importancia de un enfoque ético y responsable por parte de los profesionales de salud en la toma de decisiones relacionadas con el uso de los recursos de salud, desde la formación de dichos profesionales<sup>2</sup>. Estudios internacionales en el área de ética del cuidado en salud y economía indican que, en las últimas tres décadas, el aumento exponencial de tecnologías en salud incorporadas a los procesos de trabajo en los servicios de salud se asocia tanto con la disminución de la mortalidad como con el crecimiento del volumen de conocimiento e información producido y con el costo de la asistencia médica. El análisis de las fuentes de mejoras en la salud y en la eficacia de los tratamientos puede contribuir significativamente al desarrollo de enfoques más precisos y eficientes en la gestión de la salud y, por lo tanto, a la mejora de la asistencia y de la asignación de recursos con vistas a mejorar la calidad de vida y promover la longevidad de la población<sup>3</sup>.

Los contenidos éticos que se imparten durante la formación de los médicos y otros profesionales de salud deben trabajarse vertical y horizontalmente, y la práctica debe basarse en directrices éticas<sup>4</sup>. Es necesario crear condiciones más favorables para la salud de las poblaciones mediante el empleo de nuevas tecnologías y una distribución justa de los recursos en salud. En la gestión eficiente de los sistemas de servicios de salud, se reconoce que existe un conflicto potencial entre la ética de la salud y la ética económica. Los profesionales prescriptores son considerados pilares de la responsabilidad de la gestión sanitaria, una vez que la solicitud de pruebas y las prescripciones se encuentran bajo su control. Aunque estos profesionales no están de acuerdo en que la práctica clínica pueda ser definidora de un gasto sanitario excesivo, coinciden en que es su responsabilidad tratar de contenerlo<sup>5,6</sup>.

La ética y la bioética en la educación, entendida como un proceso continuo de formación, deben

contribuir a la formación de profesionales médicos conscientes de la necesidad de adoptar conductas guiadas por decisiones sabias en la práctica clínica<sup>7,8</sup>. La formación médica está relacionada con múltiples contextos y factores en un momento dado, como las macroestructuras, las tendencias económicas y políticas, los conceptos de salud y las necesidades de salud, así como con la organización de los servicios y políticas de salud y, en particular, la práctica médica<sup>7</sup>.

Para reafirmar los principios y valores del profesionalismo médico, en el 2012, surgió en Estados Unidos la campaña *Choosing Wisely* (CW), que en español significa “elegir sabiamente”, lanzada por la American Board of Internal Medicine (ABIM). Se trata de una propuesta para la discusión y concienciación de médicos y pacientes sobre los costos innecesarios en la atención médica<sup>1,2</sup>. Con su éxito, en el 2014 la iniciativa se implementó en Canadá y se extendió a varias partes del mundo<sup>1</sup>.

Un aprendizaje exitoso sobre la consciencia de costos ocurre mediante tres procesos: i) la comunicación efectiva del conocimiento de la economía general de la salud y de los precios de los servicios de salud, de las evidencias científicas sobre directrices clínicas y beneficios y maleficios de los cuidados de salud, y de los valores personales y las preferencias del paciente<sup>9</sup>; ii) mediación de una práctica reflexiva para proporcionar *feedback* sobre la praxis del estudiante, con seguimiento de su desarrollo; iii) creación de un ambiente de apoyo en el que la organización del sistema de salud y la presencia de profesores médicos y profesionales de salud que sirvan como modelos en el cuidado consciente de los costos establezcan una cultura institucional que facilite al estudiante lograr este objetivo<sup>9</sup>.

En el entendido de que los estudiantes de medicina también aprenden observando a sus profesores, este estudio propone analizar la percepción de los profesores de medicina respecto a los factores que interfieren en la formación ética consciente de los costos de los estudiantes de medicina.

## Método

Se trata de un estudio con enfoque cualitativo cuyos criterios de inclusión fueron los docentes que integran el cuerpo docente del período de prácticas, 5.º y 6.º cursos, respectivamente, de la

carrera de medicina de una institución privada ubicada en Salvador, Bahía, Brasil.

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un cuestionario compuesto por dos secciones: la primera, con preguntas sobre las características personales del docente, tiempo y lugar de formación, posgrado o no, desempeño como profesional y como docente en la carrera de medicina; la segunda contenía una pregunta abierta que buscaba comprender la percepción de los principales factores que pueden obstaculizar o impedir la adopción de una conducta ética consciente de los costos por parte del médico.

Los datos obtenidos de la pregunta abierta se sometieron a análisis temático, utilizando el método de análisis de contenido teorizado por Bardin<sup>10</sup>, que adopta tres etapas básicas —organización del material, clasificación de los datos y análisis final—, realizadas por tres evaluadores, por separado. Al final del análisis, se buscó consenso sobre las categorías establecidas entre los evaluadores.

En la primera etapa, se organizó todo el material resultante de las preguntas abiertas. En la segunda, se sistematizaron los datos para identificar las percepciones relacionadas con el objetivo de la investigación. Inicialmente se realizó una lectura horizontal y exhaustiva de las respuestas obtenidas y, posteriormente, se seleccionaron las unidades de registro (UR) que dieron lugar a los núcleos de significado. Se identificó a los participantes con la letra “P”, seguida de un número correspondiente al orden en que recibieron los cuestionarios completados. Una vez finalizado el proceso de clasificación, fue posible identificar conexiones entre las UR y proceder a la categorización para comprender e interpretar la relevancia y la representatividad de los datos obtenidos. En la tercera etapa, se realizaron el análisis final, la interpretación y la discusión con la literatura científica relevante.

El proyecto de investigación fue presentado y aprobado por un Comité de Ética e Investigación, según los preceptos de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS)<sup>11</sup>.

## Resultados y discusión

Del total de 84 profesores del internado en el momento del estudio, 64 respondieron al

cuestionario. Entre las características identificadas, destaca el predominio de mujeres, con una edad media de 49 años y alrededor de 24 años desde la formación. Las características generales de los docentes, la escuela médica de procedencia y la titulación más alta se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Caracterización de los docentes del internado médico que participaron en la investigación (Salvador/BA, 2019)

Características generales de los docentes (n=64)	
Mujeres, n (%)	33 (51,6)
Hombres, n (%)	31 (48,4)
Edad, M±DE*	49,6±11,33
Tiempo de formación, M±DE*	24,5±11,63
Escuela médica de origen	
EBMSP, n (%)	26 (40,6)
UFBA, n (%)	29 (45,3)
Otros, n (%)	9 (14,1)
Titulación más alta	
Residencia, n (%)	25 (39,1)
Máster, n (%)	24 (37,5)
Doctorado, n (%)	12 (18,8)
No informada, n (%)	3 (4,7)

\* M±DE = media ± desviación estándar

De los docentes, 59 también trabajan como médicos tratantes. Los lugares en los que trabajan se describen en la Tabla 2. Analizar el campo de trabajo de los docentes es esencial para comprender los factores que pueden interferir en su actitud consciente de los costos. La mayoría también trabaja en servicios de salud privados, por lo que es importante reflexionar sobre los conflictos de intereses en la práctica médica y su posible influencia en la recomendación de exámenes y procedimientos por parte de los profesionales contrarios a su necesidad real<sup>12</sup>. También se resalta la necesidad de cambios en los modelos de gestión, para incluir en estas las instituciones de formación<sup>13,14</sup>. La percepción de los docentes sobre la actitud consciente de los costos y la actitud potencial de desperdicio en sus actividades permitió delinear estrategias que contribuyan a su formación ética continua, ejerciendo así una influencia más positiva en la actitud de los estudiantes de grado.

**Tabla 2.** Lugares de trabajo en el curso de los docentes que participaron en la investigación (Salvador/BA, 2019)

Lugar en el que trabaja	n (%)
<b>Servicio ambulatorio</b>	
Público	24 (37,5)
Privado	48 (75,0)
<b>Hospital</b>	
Público	29 (45,3)
Privado	37 (57,8)
<b>Emergencia</b>	
Público	6 (9,3)
Privado	8 (12,5)
Servicio de atención primaria	14 (21,9)

El modelado de roles es una poderosa estrategia de enseñanza<sup>15,16</sup>, sobre todo para emular actitudes profesionales específicas, y alrededor del 90% de los estudiantes, en su vida profesional, recuerdan los modelos que moldearon sus actitudes profesionales. La literatura identifica características y actitudes que los estudiantes buscan emular en su futuro desempeño profesional, tales como: adquirir una base sólida de conocimientos; demostrar empatía, respeto y compasión genuinos por el paciente; tener una comprensión amplia del currículo académico formativo en los estudios de grado; conectar los conocimientos con una enseñanza y un aprendizaje más calificados; y participar en interacciones respetuosas con otros profesionales de salud<sup>16</sup>. La enseñanza del profesionalismo como aporte de la ética médica debe incluir la integración longitudinal de material a lo largo de todo el *continuum* educativo. Se resalta la importancia de establecer la formación de una identidad profesional apropiada para la práctica actual de la medicina<sup>17</sup>. El Código de Ética Médica (CEM)<sup>18</sup> presenta un conjunto de principios de conducta para los profesionales del ámbito médico, cruciales para asegurar la integridad, la responsabilidad y el respeto en el ejercicio de la medicina. La comprensión e internalización de estos principios por parte de los estudiantes de medicina debe producirse de forma progresiva, desde los primeros años de formación.

La formación ética del estudiante de medicina tiene como objetivo no solo proporcionar conocimientos técnicos, sino también cultivar una conciencia moral sólida, promoviendo la empatía, la dignidad

y el compromiso con el bienestar del paciente. Para apoyar la enseñanza de la ética médica, la campaña Choosing Wisely se ha utilizado en todo el mundo como una herramienta de aprendizaje, con el objetivo de promover el uso racional de los recursos en salud, teniendo en cuenta los principios del profesionalismo<sup>19</sup>, que están en consonancia con los fundamentos del CEM<sup>18</sup>.

Al someter los datos obtenidos de la pregunta abierta a un análisis de contenido temático, dieron origen a las categorías temáticas descritas en la Tabla 3, con sus respectivas unidades de registro.

**Tabla 3.** Categorías y números de unidades de registros obtenidas del análisis temático del contenido de las respuestas de los docentes (Salvador/BA, 2019)

Categoría	Unidades de registro (n=66)
1. Formación médica deficiente	24
2. Medicina defensiva/miedo	17
3. Influencia de la industria y del consumo	9
4. Falta de conocimiento/compromiso con la gestión de los servicios de salud	7
5. Acceso del paciente a la información médica en la web	5
6. Falta de cuidado en la atención a la persona	4

Las categorías que surgieron apuntan a factores que pueden interferir en la actitud consciente del costo entre médicos. La categoría más frecuente fue la formación médica deficiente. A continuación se presentan las respuestas respecto a la percepción de los docentes en cuanto a la deficiencia en la formación médica: “Falta de comunicación efectiva y de conocimiento sobre la relación consciencia de costos y costo-beneficio para el paciente y el sistema de salud” (P7); “Falta de conocimiento sobre el tema y fallos en la práctica y en la rutina de la atención” (P8); “Mala formación médica que conduce a una medicina proteccionista” (P30); “Se prioriza la tecnología sobre el sentido común clínico” (P41); “Falta de práctica en el desarrollo del razonamiento clínico basado en probabilidades” (P49).

Desde el punto de vista de los docentes, la falta de conocimientos sobre el tema de la consciencia de costos puede estar relacionada con el impedimento

para adoptar una actitud consciente de los costos. El enfoque de esta temática a lo largo de la carrera de medicina, de forma aplicada y transversal, con integración entre asignaturas, como la ética médica, la bioética, la salud pública y la práctica clínica, es fundamental para el desempeño profesional consciente de los costos de los futuros médicos. El desempeño del estudiante en el escenario de práctica debe satisfacer las demandas de la comunidad y de los servicios<sup>20</sup>. No se debe perder de vista que, en el actual escenario de enseñanza, la expansión del conocimiento científico y el atractivo tecnológico de los exámenes y tratamientos pueden comprometer el proceso de formación, la comprensión clínica básica, la adecuada recopilación de información, el examen clínico y el uso racional de los recursos de salud por parte de quienes participan en el proceso de atención, ya sean docentes o discentes<sup>16</sup>.

Aunque las Directrices Curriculares Nacionales (DCN)<sup>21</sup> orientan una formación médica generalista, humanista, crítica, reflexiva y ética que capacite a los estudiantes para trabajar en los diferentes niveles de atención en salud, aun en el siglo XXI existe un desajuste en la formación médica para atender las principales necesidades de salud de la población. Parte de este desajuste está relacionado con el proceso histórico de desarrollo de los currículos, que a menudo están descontextualizados, fragmentados y centrados en la técnica. La enseñanza de la ética se entrelaza con las DCN, desde el desarrollo de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud como buenas prácticas profesionales, en los ámbitos individual y colectivo, hasta la responsabilidad social y el compromiso con la defensa de la ciudadanía, de la dignidad humana y de la salud integral del ser humano<sup>21</sup>.

Una formación médica de mala calidad puede dar lugar a solicitudes excesivas de pruebas o procedimientos. Por ello, es importante incorporar el desarrollo de prescripciones médicas planificadas en los componentes curriculares de ética médica, de manera longitudinal, abarcando diferentes contextos de formación. Las prescripciones deben estar en consonancia con la realidad socioeconómica de los pacientes y con las capacidades de atención que ofrece el Sistema Único de Salud (SUS)<sup>22</sup>. Con esto en mente, la campaña Choosing Wisely podría llevarse a cabo en diferentes etapas de la formación médica<sup>8,23</sup>.

Otro aspecto destacado por los docentes se expresó en la categoría medicina defensiva/miedo, como se evidencia en los siguientes extractos: “Creo que la judicialización de la medicina hace que muchos médicos exageren en la solicitud de exámenes” (P13); “Existe la creencia de que uno está más respaldado con más exámenes. Presión de los pacientes, familiares y de la propia sociedad” (P44); “Miedo al error de diagnóstico” (P24).

En cuanto a los litigios y a la judicialización de la práctica médica, el CEM, en el Capítulo II, que trata de los derechos de los médicos, inciso II, refuerza que el profesional de medicina tiene el derecho de *indicar el procedimiento adecuado para el paciente, observando las prácticas científicamente reconocidas*<sup>18</sup>. El derecho médico respectivo tiene, en cierta medida, la función de respaldar la buena práctica médica, incluso en contextos de presión familiar o de los pacientes para solicitar exámenes complementarios o prescripciones de medicamentos innecesarias. En los servicios de urgencias, es habitual que se soliciten diversas pruebas costosas e innecesarias, principalmente como medida de autoprotección de los médicos contra posibles demandas administrativas o judiciales. La medicina defensiva ha sido una práctica frecuente, en especial, entre los profesionales más jóvenes, que buscan una sensación ilusoria de seguridad<sup>24</sup>.

La categoría denominada influencia de la industria y del consumo fue la tercera categoría más frecuente. A continuación se presentan extractos que demuestran esta influencia: (...) “*intereses financieros, influencia de los medios de comunicación para la adopción de pruebas caras/sofisticadas*” (P26); (...) “*la idea de que siempre es necesario hacer pruebas, olvidándose del diagnóstico clínico*” (P14); (...) “*cultura de cuantas más pruebas, mejor asistencia*” (P33); (...) “*muchos médicos tienen una inclinación a productividad y a veces a realizar pruebas que ellos mismos solicitan*” (P54).

La cultura del consumo está permeada de conflictos de intereses, un factor señalado por los docentes que compromete la práctica profesional consciente de los costos. Es evidente la necesidad de un enfoque curricular del profesionalismo transversal en la formación médica. La implementación curricular por sí sola no es suficiente para abordar adecuadamente las cuestiones asociadas a los conflictos de intereses en medicina; también es importante promover actividades y debates

amplios sobre la interacción entre la industria y la práctica médica, así como cambios estructurales que restrinjan las influencias comerciales en los entornos educativos y de investigación<sup>4</sup>.

El CEM prohíbe la comercialización de la medicina y establece el deber de asegurar el bienestar del paciente, considerado como un fin en sí mismo en su dignidad humana. También está prohibido vincular la prescripción médica a la obtención de beneficios materiales ofrecidos por laboratorios o empresas productoras de equipos utilizados en el ámbito médico, así como dictar conferencias o escribir artículos promocionando productos o equipos farmacéuticos sin declarar los agentes financieros que patrocinan los estudios<sup>19</sup>.

Ante el afrontamiento de este escenario que viene cobrando fuerza en las últimas décadas, se resalta el primer principio de la carta sobre el profesionalismo médico en el nuevo milenio<sup>25,26</sup>: el principio de priorizar el bienestar del paciente, que recomienda prestar atención a las fuerzas del mercado, a las presiones sociales y a las demandas administrativas, que no deben comprometer la seguridad y el bienestar del paciente<sup>7,8,27</sup>.

En la categoría falta de conocimiento/compromiso con la gestión de los servicios de salud, emergieron expresiones que indican que la falta de conocimiento en ese ámbito por parte de los profesionales y la falta de compromiso de los servicios con la asistencia son factores que pueden contribuir a una actitud inadecuada de consciencia de costos, como se puede verificar en los extractos de los testimonios siguientes: (...) *“poco compromiso con la sostenibilidad del sistema único y también en la salud complementaria”* (P28); *“La falta de visión gerencial en el proceso de trabajo y la falta de participación del profesional en cuestiones de costo-efectividad”* (P31); *“Desmantelamiento del sistema público de salud asociado a una mala gestión y sobrecarga de trabajo”* (P34); *“Creo que es la falta de hábito del médico de adoptar conductas costo-efectivas, especialmente si trabaja en un servicio privado que tiene mayor facilidad para realizar los exámenes”* (P51); *“Falta de conocimiento sobre la gestión de la salud”* (P52).

La formación médica debe incluir actividades de gestión de servicios de salud, así como posibilitar el desarrollo de habilidades y competencias en el área de liderazgo<sup>28</sup>. La formación médica debe incluir también un enfoque sistemático de

los estudiantes hacia los aspectos económicos y laborales de la profesión<sup>28</sup>. El tema de la consciencia de costos tampoco está presente en el contenido programático de los proyectos político-pedagógicos de los cursos de medicina en Brasil. Asimismo, existen otras cuestiones que afectan a los estudiantes de medicina, residentes y médicos tratantes del campo de la práctica que contribuyen a la formación de la cultura de *overdiagnosis* y *overtreatment*<sup>14,29</sup>.

En cuanto al desmantelamiento de los servicios de salud, el SUS se enfrenta a varios desafíos, como falta de recursos, bajos salarios, demanda acumulada, entre otros. En este escenario, el foco no está en el usuario, sino en los recursos diagnósticos, lo que compromete la calidad de la asistencia. Es necesario implementar mejoras en la financiación y gestión de los recursos del SUS<sup>30</sup>, incluida la formación de profesionales y gestores conscientes de los costos. El aprendizaje en la prestación de atención de salud de alto valor y consciente de los costos se puede fomentar con base en tres elementos clave: transmisión eficaz de conocimientos, práctica reflexiva y un entorno de apoyo. Además de la educación consciente de costos, directrices clínicas, valores de los pacientes, uso de *feedbacks* y desarrollo de una cultura institucional favorable, cimentada en un entorno de apoyo, son fundamentales a la formación de médicos, residentes y estudiantes<sup>9,31</sup>.

En la categoría de acceso del paciente a información médica en la web, se retrata la absorción, por parte de la población, de conocimiento científico en medios de comunicación, lo que genera una fuente adicional de presión sobre el médico. Esta percepción se representa en las siguientes declaraciones de los docentes: *“El paciente que llega con información ya investigada y desea una determinada prueba, especialidad o procedimiento”* (P11); *“El conocimiento de los pacientes por medio de internet”* (P33); *“Desconocimiento de la población, que por sentirse siempre desatendida, suele solicitar de forma agresiva pruebas y medicamentos a veces innecesarios”* (P34). También se debe tener en cuenta que la información de salud en la época contemporánea está disponible en los medios masivos de comunicación, como internet, televisión, radio, entre otros.

Cabe resaltar que la idea errónea de los pacientes de que, cuanto más pruebas se realicen, mejor

será la atención, termina presionando a los médicos a solicitar más pruebas sin explicar su necesidad. Además, la práctica, cada vez más común, de consultas rápidas, con incentivos económicos proporcionales al volumen de personas atendidas, y no a la calidad de la atención, solo perpetúa esta conducta<sup>13</sup>. La toma de decisiones por parte de los profesionales debe satisfacer el interés superior del paciente, ante las presiones relativas a los costos de la asistencia médica.

La categoría falta de cuidado en la atención a la persona trata de la valorización del paciente como protagonista en las decisiones sobre su salud. Esto se representa en las siguientes UR: “Una medicina no centrada en el usuario” (P1); “Poco tiempo para estar con el paciente” (P2); “Falta de tiempo” (P26).

La sobrecarga de trabajo del médico puede contribuir, en parte, a que no se construya un vínculo de confianza con el paciente, además de intensificar el estrés moral y el *burnout* en el médico<sup>32</sup>. Es necesario implementar modelos de toma de decisiones compartida que permitan una mayor autonomía del paciente<sup>33</sup>. Los principios para el profesionalismo médico en el nuevo milenio, publicados en carta de la ABIM, constituyen responsabilidades profesionales que deben tener los médicos para asegurar el cuidado en la atención al paciente, a saber: el principio de priorizar el bienestar del paciente, la autonomía del paciente y la justicia social o equidad<sup>19,25</sup>. Estos principios también deberían guiar el proceso de formación de los médicos.

El principio de la prioridad del bienestar del paciente se basa en la dedicación para satisfacer las necesidades del paciente. El altruismo debe contribuir a la relación médico-paciente. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las demandas administrativas no pueden comprometer este principio. El principio de autonomía del paciente propone que el médico debe ser honesto con los pacientes y promover su empoderamiento, para que puedan tomar decisiones informadas sobre el tratamiento, siempre y cuando no contradigan la práctica ética ni den lugar a una atención inadecuada. El principio de justicia social recomienda que el médico promueva la justicia en el uso del sistema de atención sanitaria, con una distribución justa de los recursos de salud. Para tal fin, debe trabajar activamente para eliminar la discriminación en la atención de salud, ya sea por

motivos de raza, género, situación económica, religión, etnia, etc.<sup>19</sup>.

Analizar el campo de actuación de los docentes fue importante para identificar los factores que pueden interferir en su actitud consciente de los costos e influir en el proceso de formación de los médicos. Los resultados muestran varias oportunidades en las que se puede trabajar y fomentar la formación consciente de costos gracias al potencial transformador del docente como modelo de formación. Este artículo contribuye a la bioética al enfatizar la importancia de integrar principios éticos en toda la formación médica, en especial en la práctica consciente de costos. Al poner de manifiesto que factores como la formación médica deficiente, la medicina defensiva, la influencia de la industria y la falta de atención centrada en la persona pueden comprometer las decisiones de asignación responsable de recursos, el estudio refuerza la necesidad de repensar y mejorar los planes de estudio de la carrera de medicina con un enfoque que valore tanto la gestión ética de los servicios de salud como la humanización de la atención.

## Consideraciones finales

Los docentes identificaron los siguientes factores que dificultan la adopción de conductas conscientes de costos en la formación médica: formación médica deficiente, medicina defensiva/miedo, influencia de la industria y del consumo, falta de conocimiento/compromiso con la gestión de los servicios de salud y falta de cuidado en la atención personal, en particular el escaso tiempo dedicado al paciente durante la formación.

Las reflexiones que surgieron de esta investigación permiten delinear la percepción del docente y su potencial formador, así como los factores que dificultan la actuación consciente de costos del médico y, en consecuencia, las lagunas que deben llenarse en la formación médica. Como perspectivas futuras de investigación, el artículo apunta al desarrollo de indicadores de perfiles docentes y del impacto de las intervenciones pedagógicas, así como estudios longitudinales que verifiquen los efectos de estos cambios en la práctica clínica, con el fin de contribuir a la construcción de un modelo sostenible y socialmente justo en la atención a la salud.

## Referencias

1. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2015 [acesso 31 mar 2025];24(2):167-74. DOI: 10.1136/bmjqs-2014-003821
2. Hood VL, Weinberger SE. High value, cost-conscious care: An international imperative. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2012 [acesso 31 mar 2025];23(6):495-8. DOI: 10.1016/j.ejim.2012.03.006
3. Cutler DM, McClellan M. Is technological change in medicine worth it?. *Health Aff* [Internet]. 2001 [acesso 31 mar 2025];20(5):11-29. DOI: 10.1377/hlthaff.20.5.11
4. Sanchez THB, Fraiz IC. Ética médica e formação do médico. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2022 [acesso 31 mar 2025];30(2):284-99. DOI: 10.1590/1983-80422022302525pt
5. Tilburt JC, Wynia MK, Sheeler RD, Thorsteinsdottir B, James KM, Egginton JS *et al.* Views of US physicians about controlling health care costs. *JAMA* [Internet]. 2013 [acesso 31 mar 2025];310(4):380-8. DOI: 10.1001/jama.2013.8278
6. Buist DSM, Chang E, Handley M, Pardee R, Gundersen G, Cheadle A, Reid RJ. Primary care clinicians' perspectives on reducing low-value care in an integrated delivery system. *Perm J* [Internet]. 2016 [acesso 31 mar 2025];20(1):41-6. DOI: 10.7812/TPP/15-086
7. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2002 [acesso 31 mar 2025];6(11):139-42. DOI: 10.1590/S1414-32832002000200018
8. Mendonça DR, Aguiar CVN, Lins-Kusterer L, Correia LCL, Vieira AVA, Menezes MS. Implementation of the choosing wisely campaign at a medical clinic internship. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2020 [acesso 31 mar 2025];44(3). DOI: 10.1590/1981-5271v44.3-20190277.ing
9. Stammen LA, Stalmeijer RE, Paternotte E, Oudkerk Pool A, Driessen EW, Scheele F, Stassen LPS. Training physicians to provide high-value, cost-conscious care. *JAMA* [Internet]. 2015 [acesso 31 mar 2025];314(22):2384-400. DOI: 10.1001/jama.2015.16353
10. Mendes RM, Miskulin RGS. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cad Pesqui* [Internet]. 2017 [acesso 31 mar 2025];47(165):1044-66. DOI: 10.1590/198053143988
11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 13 jun 2013 [acesso 2 abr 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4m2bMYb>
12. Souza RP, Rapoport A, Dedivitis RA, Cernea CR, Brandão LG. Conflitos de interesses na pesquisa médico-farmacológica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 31 mar 2025];30(2):325-36. DOI: 10.1590/S1983-80422013000200006
13. Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat?: Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [acesso 31 mar 2025];30(11):2263-81. DOI: 10.1590/0102-311X00021314
14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [Internet]. 2004 [acesso 31 mar 2025];14(1):41-65. DOI: 10.1590/S0103-73312004000100004
15. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modelling-making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* [Internet]. 2008 [acesso 31 mar 2025];336(7646):718-21. DOI: 10.1136/bmj.39503.757847.BE
16. Burgess A, Goulston K, Oates K. Role modelling of clinical tutors: a focus group study among medical students. *BMC Med Educ* [Internet]. 2015 [acesso 31 mar 2025];15:17. DOI: 10.1186/s12909-015-0303-8
17. Buss L, Hurst JR. Choosing wisely Canada: integrating stewardship in medical education. *Clin Med* [Internet]. 2015 [acesso 31 mar 2025];15(5):499. DOI: 10.7861/clinmedicine.15-5-499
18. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 31 mar 2025]. Disponível: <https://bit.ly/40oksjb>

19. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* [internet]. 2002 [acesso 31 mar 2025];136(3):243-6. DOI: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012
20. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, Arcuri MB, Siqueira-Batista R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Rev Bras Educ Med* [internet]. 2012 [acesso 31 mar 2025];36(4):541-9. DOI: 10.1590/S0100-55022012000600014
21. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 23 jun 2014 [acesso 31 mar 2025]. Disponível: <https://bit.ly/440VPNT>
22. Wanderley VE, Maia JA, Vilela RQB. A prescrição medicamentosa ambulatorial no internato: formação e prática. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2010 [acesso 31 mar 2025];34:216-26. DOI: 10.1590/S0100-55022010000200005
23. Mendonça DR, Aguiar CVN, Lins-Kusterer L, Oliveira RI, Menezes MS. Choosing wisely in pediatric internship. *Glob Pediatr Heal* [Internet]. 2019 [acesso 31 mar 2025];6:1-8. DOI: 10.1177/2333794x19848869
24. Perea-Pérez B, Garrote Díaz JM, Hernández Gil Á, Martínez Hernández S, García Martín ÁF, Santiago-Sáez A. Defensive medicine in hospital emergency services. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2021 [acesso 31 mar 2025];95:1-10. Disponível: <https://bit.ly/4kR2IKb>
25. Fajardo Castañeda JA. Learning to teach and professional identity: images of personal and professional recognition. *Profile Issues Teach Prof Dev* [Internet]. 2014 [acesso 31 mar 2025];16:49-65. DOI: 10.15446/profile.v16n2.38075
26. Giovanela L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2009 [acesso 22 jul 2024];14:783-94. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300014
27. Mendonça DR, Aguiar CVN, Lins-Kusterer L, Correia LCL, Costa LMT, Menezes MS. Implementação do Programa Choosing Wisely no internato de cirurgia geral. *Acta Med Port* [internet]. 2021 [acesso 31 mar 2025];34(2):95-102. DOI: 10.20344/amp.12948
28. Maisonneuve CD, Martins JO. Public spending on health and long-term care: a new set of projections. *OECD Econ Policy Pap* [Internet]. 2013 [acesso 31 mar 2025];6:39. DOI: 10.1787/5k44t7jwwr9x-en
29. Kenny NP, Mann K V, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med* [Internet]. 2003 [acesso 31 mar 2025];78(12):1203-10. DOI: 10.1097/00001888-200312000-00002
30. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud Avançados* [Internet]. 2017 [acesso 31 mar 2025];32:47-61. DOI: 10.5935/0103-4014.20180005
31. Stammen LA, Driessen EW, Notermans CCVI, Scheele F, Stassen LPS, Stalmeijer RE. How do attending physicians prepare residents to deliver high-value, cost-conscious care? *Acad Med* [Internet]. 2020 [acesso 2 abr 2025];95(5):764-70. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003051
32. Locke A, Rodgers TL, Dobson ML. Moral distress as a critical driver of burnout in medicine. *Glob Adv Integr Med Health* [Internet]. 2025 [acesso 2 abr 2025];14. DOI: 10.1177/27536130251325462
33. Cook DA, Hargraves IG, Stephenson CR, Durning SJ. Management reasoning and patient-clinician interactions: Insights from shared decision-making and simulated outpatient encounters. *Med Teach* [Internet]. 2023 [acesso 2 abr 2025];45(9):1025-37. DOI: 10.1080/0142159X.2023.2170776

**Miriam Pinillos Marambaia** – Magíster – mmarambaia@bahiana.edu.br

 0000-0002-6484-9439

**Liliane Lins-Kusterer** – Libre Docente – lkusterer@gmail.com

 0000-0003-3736-0002

**Mary Gomes Silva** – Doctora – mgsilva@bahiana.edu.br

 0000-0001-9145-868X

**Carolina Villa Nova Aguiar** – Doctora – carolinaaguiar@bahiana.edu.br

 0000-0002-8213-3100

**Dilton Rodrigues Mendonça** – Doctor – diltonmendonca@bahiana.edu.br

 0000-0002-2761-7794

**Marta Silva Menezes** – Doctora – martamenezes@bahiana.edu.br

 0000-0001-7713-518X

#### Correspondência

Liliane Lins-Kusterer – Rua Oito de Dezembro, 204, apartamento 1001, Graça. CEP 40150-000. Salvador/BA, Brasil.

#### Participación de los autores

Miriam Pinillos Marambaia, Liliane Lins-Kusterer y Marta Silva Menezes participaron en la concepción, diseño, resultados, discusión y redacción del texto y aprobación de la versión final del manuscrito. Mary Gomes Silva participó en el diseño, resultados, discusión y elaboración y aprobación de la versión final del manuscrito. Carolina Villa Nova Aguiar participó en la elaboración de los resultados y revisión crítica del contenido y aprobación de la versión final del manuscrito. Dilton Rodrigues Mendonça participó en la concepción, diseño, revisión crítica del contenido y aprobación de la versión final del manuscrito.

**Editora responsable:** Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

**Recibido:** 4.1.2024

**Revisado:** 31.3.2025

**Aprobado:** 30.5.2025