

# Profesionalismo en salud socialmente responsable. Principios y condiciones de ejercicio

**Jean-Pierre Unger.** *Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine. Belgium.*

Los principios que debatimos aquí fueron elaborados, ilustrados y justificados en una serie de artículos escritos con Ingrid Morales, Pierre De Paepe y Michel Roland y publicados en diciembre de 2020 en un suplemento de *Biomed Central / Health Services Research*<sup>(1)</sup>. El siguiente texto está extraído de su resumen en francés, que se publicará en 2021 en el *Bulletin de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-mer de Belgique*<sup>(2)</sup>.

Estos principios han sido pensados para los médicos, con la esperanza de que otros profesionales de la salud los examinen. Por eso los proponemos a organizaciones médicas y asociaciones de otros profesionales; organizaciones de pacientes y mutuas; a los partidos que promueven el acceso a la salud como un derecho humano universal; y al mundo académico que se preocupa por el interés público.

**La cultura profesional debe evolucionar para reflejar las responsabilidades médicas que la Inteligencia Artificial no asuma bien.**

Para que se justifique la existencia de su profesión ante los avances en la automatización y la delegación de sus tareas a los paramédicos, los médicos tendrían que brindar atención biopsicosocial y negociarla con su paciente; contribuir al profesionalismo y la ética médica en los servicios de salud; mejorar la organización de

dichos servicios; contribuir a la salud pública; y luchar contra la comercialización de la atención en la propia práctica, el hospital y en la política de salud de su país. Para que esas responsabilidades se materialicen, los límites de la medicina clínica, la medicina preventiva y la salud pública deberían borrarse. Como resultado, e idealmente:

- ▶ Los médicos optimizarían su impacto en la salud pública al tiempo que maximizarían la individualización de la atención al paciente. Para satisfacer las necesidades del paciente, su familia y la persona en riesgo, los médicos integrarían el conocimiento y la ética clínica y de salud pública. Estarían de acuerdo en vacunar, mejorar el entorno del paciente, organizar los servicios de salud (ver más abajo), coordinar la atención y evaluarla. Ya sean médicos generales, ginecólogos, geriatras o pediatras, participarían en el control epidemiológico y la vigilancia de epidemias y endémicas. Participarían en investigación-acción. Practicarían la medicina comunitaria. En la clínica, aplicarían los estándares de los programas nacionales de control de enfermedades. Por último, utilizarían pautas clínicas independientes (como los protocolos clínicos finlandeses de Duodecim, que muchos médicos belgas utilizan).

- ▶ Paralelamente, la implantación de programas de prevención y protección de enfermedades para grupos en riesgo (que son, entre otros, niños, mujeres embarazadas y ancianos) implicaría la individualización de la atención preventiva, con el fin ajustarlos a la demanda, realidades y necesidades de cada persona en riesgo de salud

y de cada familia. La medicina preventiva dejaría entonces de ser ese tipo de medicina veterinaria que ofrecen los servicios públicos en tantos países en desarrollo (a menudo por iniciativa de la cooperación internacional) <sup>(4)</sup>.

► Los médicos contribuirían al profesionalismo apelando, en casuística, a los valores de la ética médica tanto como a la epidemiología clínica y la farmacología; entrenando a otros médicos y profesionales de la salud y asegurando su supervisión técnica; participando en educación médica continua; coordinando la atención con otros equipos médicos; organizando cursos y demostraciones; liderando el trabajo de un equipo multidisciplinario; evaluando la atención y los servicios de salud; y siendo reflexivo con técnicas apropiadas (como la auditoría interna).

**La universidad tiene que educar a los médicos dándoles una cultura y contribuyendo a su desarrollo personal, no solo impartiendo conocimientos científicos y destrezas.**

El médico necesita conocimientos para racionalizar decisiones clínicas, pero también para compartir las mismas y trabajar en equipo, obedecer a una ética, mejorar el habla y el gesto profesional, y manejar emociones. De eso sirve el profesionalismo médico, una cultura hecha de valores, puntos de vista, justificaciones, gestos y palabras perfectos.

Por eso, la educación profesional no se satisface con impartir ciencia y habilidades, tal como lo conciben los pedagogos de la educación técnica y la administración europea a cargo de la integración de los currículos de educación superior <sup>(3)</sup>.

Y si bien la investigación médica persigue la excelencia científica, también debería apuntar a la excelencia profesional, porque la ciencia en sí no ayuda a la calidad de las acciones y palabras del médico, ni al manejo del sufrimiento y de los riesgos del paciente en lo que son únicos: por ser descriptivas y estáticas, ni las ciencias cuantitativo-probabilísticas (como la epidemiología, la farmacología y la economía) ni las ciencias descriptivas e interpretativas (como la sociología) logran a representar la práctica profesional.

Sin embargo, las autoridades académicas raramente admiten que la teoría es un momento

de práctica y que los métodos de enseñanza e investigación deben ser adaptados a la transmisión y el mejoramiento del profesionalismo. <sup>(4)</sup> En general, las excepciones son las facultades que han adoptado los principios del 'aprendizaje basado en problemas'.

Mientras tanto, los médicos-investigadores "publican para no morir", para no perder sus puestos de trabajo; están cada vez más involucrados en la investigación biomédica y bioquímica, para 'aumentar su factor de impacto' con eficiencia; y descuidan su excelencia profesional en aras de la excelencia científica.

## La visión comercial de los servicios de salud los empuja a producir cuidados de manera industrial

**Para el propósito de ser social y profesional, la gestión de los servicios de salud necesita financiación pública, exclusiva y suficiente, porque la financiación comercial de la asistencia sanitaria fomenta la gestión industrial del cuidado y la desprofesionalización de la medicina.**

En la medida en que su misión es social, los servicios públicos están destinados a garantizar el acceso a la atención profesional en un sistema universal, en un territorio determinado y, por lo tanto, a promover la profesionalidad allí. Por el contrario, la visión comercial de los servicios de salud los empuja a producir cuidados de manera industrial, en búsqueda de eficiencia, y transformar los servicios de salud en oportunidades para los socios industriales de los seguros que financian el cuidado.

Debido a que estos mecanismos son lentos de establecer, es en los Estados Unidos donde mejor se puede observar el horizonte de estas políticas, desde que en este país todos los fondos para la atención de la salud han sido privatizados - excepto los que no son rentables (la financiación del cuidado a los ancianos, los pobres y los enfermos crónicos). Y lo que demuestra es que este sistema es el más caro y el menos eficiente del mundo; que allí se mecaniza el trabajo de médicos y profesionales de la salud; que la cultura profesional y la ética hipocrá-



tica se están deteriorando; y que el acceso a la atención médica en Estados Unidos es el peor de los países industrializados<sup>(5)</sup>.

En realidad, las misiones de la gestión de los servicios, servicios y sistemas de salud con finalidad pública se contraponen en todos los sentidos a las de su gestión cuando la finalidad es privada, y esto tiene una consecuencia epistemológica notable: no existe una, sino dos ciencias de la gestión sanitaria. La finalidad del primero es social y profesional, y la del otro es comercial e industrial:

- ▶ El primero trata a los profesionales como agentes suficientemente libres para tomar decisiones éticas y como sujetos que crecen con la experiencia.
- ▶ El otro reduce la autonomía de los médicos obligándolos a tomar decisiones clínicas rentables y tratándolos como técnicos, el apéndice humano de las tecnologías médicas.
- ▶ El primero juega con la identidad profesional de los médicos para hacerles aplicar una ética, y no admite que la búsqueda de la eficiencia se produzca a expensas del profesionalismo y del carácter biopsicosocial y negociado de la atención.
- ▶ El otro, con el ‘managed care’ (la ‘atención administrada’), juega con la identidad socioeconómica de los profesionales para mejorar la rentabilidad de la inversión.

▶ El primero concibe la gestión de los “recursos humanos” a partir de incentivos tanto materiales como simbólicos; fomenta la producción de conocimiento empírico en servicios; descentraliza el desarrollo de la jurisprudencia ética y la integra en las “revisiones de casos clínicos”; adopta un modelo adocrático para la organización de los servicios de salud (como en la Silicon Valley); no vincula los ingresos a la toma de decisiones clínicas; y tiene como objetivo mejorar simultáneamente la salud de las personas y la comunidad.

▶ La otra impulsa la cuantificación de todos los actos técnicos con miras a la gestión actuarial de los riesgos para la salud.

### **Sólo las políticas de salud social y profesional garantizan el derecho universal a la atención de la salud.**

Cuando realmente quieren que el acceso a la atención profesional sea un derecho humano universal, las políticas de salud lo garantizan en un sistema universal. Dificultan la comercialización del financiamiento de la atención médica debido a su inequidad, porque este tipo de financiación segmenta los sistemas de salud mientras que, parafraseando a Olof Palme, “los servicios de salud para los pobres son servicios pobres”.

## **La financiación privada de la sanidad es inequitativa para los pacientes, ineficaz para los contribuyentes y alienante para los profesionales, ya que deteriora la ética profesional**

Esto se confirma con la comparación de los sistemas nacionales de salud. La evaluación de sistemas tan diversos como los de Colombia, Chile,<sup>(5)</sup> Estados Unidos, Holanda y Suiza<sup>(6)</sup> de muestra que la financiación comercial de los servicios de salud es incapaz de garantizar el derecho a la atención de salud;

que es inequitativo para los pacientes, ineficaz para los contribuyentes y alienante para los profesionales ya que deteriora la ética profesional. En los Estados Unidos lleva a los médicos al suicidio, no solo por las tasas de producción, la hiper-estandarización de las decisiones clínicas y la invasividad de las tareas administrativas, sino porque los practicantes no trabajan en conciencia<sup>(7)</sup>.

Al contrario, las políticas de salud que promueven la excelencia profesional en medicina no permiten que la financiación pública de la atención<sup>(8)</sup> pague los servicios de salud comerciales; y garantizan una financiación suficiente para los profesionales y sus actividades no clínicas. Además, dicen que incentivos materiales y simbólicos inciden en la motivación de los médicos para brindar el cuidado de manera ética.

**Si las políticas de cooperación internacional no quisieran estar reñidas con los principios de protección social imperantes a domicilio, buscarían mejorar el acceso a la atención y la profesionalidad médica en los países beneficiarios.**

Estos objetivos requerirían un cambio de rumbo complejo ya que la cooperación internacional se ha desmedicalizado<sup>(9)</sup> y los servicios clínicos en los países de bajos ingresos se han dejado durante mucho tiempo a su suerte. Pero al medicalizar a sus ejecutivos, la cooperación podría mejorar la profesionalidad de los sistemas de salud receptores

y, al mejorar así la aceptabilidad de los servicios de salud, podría considerar democratizarlos, cuando sabemos que son las primeras víctimas del déficit democrático y de la injusticia social.

Para que el contribuyente de los países industriales vea interés en financiar la cooperación médica internacional, tendrá que darse cuenta de que la focalización de la cooperación y el de los sistemas de salud receptores en el control epidemiológico no ha evitado que las epidemias del SIDA y del coronavirus lo amenacen. Y tendrá que descubrir que la reorientación de la cooperación en salud reduciría la ineficiencia de la burocracia de la cooperación internacional - la más grande del mundo - <sup>(10)</sup> así como la migración internacional, que al parecer, teme tanto<sup>(11)</sup>.

**Para disuadir a la opinión pública de votar por partidos políticos impulsores de seguros de salud no comerciales, las organizaciones médicas, laborales y profesionales tendrán que:**

- ▶ convencer a los actores económicos que no invierten en salud de que la privatización del cuidado no les aporta ventajas;
- ▶ y enseñar al público una lección de las crisis de Covid-19, es decir, vale la pena integrar la medicina clínica y la salud pública en la práctica y la teoría.

#### Bibliografía

- 1 Unger, J.P., Morales, I., De Paepe, P. et al. The physician and professionalism today: challenges to and strategies for ethical professional medical practice. *BMC Health Serv Res* 20, 1069 (2020). <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-20-supplement-2>
- 2 J.-P.Unger. Un kit de survie pour la profession médicale. Comment être une fin-en-soi éthique par temps de commercialisation et de digitalisation des soins? *Le Bulletin. Académie Royale des Sciences d'Outre-mer de Belgique, Bruxelles*. Accepté pour publication.
- 3 Accords de Bologne. [https://ec.europa.eu/education/policies/higher-education/bologna-process-and-european-higher-education-area\\_fr](https://ec.europa.eu/education/policies/higher-education/bologna-process-and-european-higher-education-area_fr)
- 4 Eso vale para la psicología, la educación y el ejercicio de la justicia.
- 5 *International Health and Aid Policies*. Editors: J.-P.Unger, P.De Paepe, K.Sen, W.Soors. Cambridge University Press, 2010 (275 pages). <http://www.cambridge.org/us/catalogue/catalogue.asp?isbn=9780521174268>
- 6 Unger, J.-P., & De Paepe, P. (2019). Commercial Health Care Financing: The Cause of U.S., Dutch, and Swiss Health Systems Inefficiency? *International Journal of Health Services*, 49(3), 431-456. <https://doi.org/10.1177/0020731419847113>
- 7 Unger J.-P. Le burnout des médecins (et celui des psychologues, infirmiers, magistrats, chercheurs et enseignants). Pour un programme de contrôle de l'endémo-épidémie. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 2018, 2, 51: 169-188. ISSN 1370-074X ISBN 9782807392274
- 8 La financiación pública para la atención puede ser basada en contribuciones de empleadores y trabajadores y/o en impuestos.
- 10 Apenas quedan médicos en las organizaciones de cooperación internacional, y los que quedan apenas utilizan sus conocimientos y experiencia clínica. Il y a plus de 120 programmes internationaux de contrôle des maladies qui s'étendent, nous l'avons dit, de Bruxelles, Genève et Washington aux plus petits villages africains ou latino-américains en passant par toutes les capitales nationales et régionales du tiers-monde.
- 12 K.Voorend. A Welfare Magnet in the South? Migration and Social Policy in Costa Rica. PhD Thesis., Erasmus University of Rotterdam, 2016