



EDITORIAL INVITADA

EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL “ESTADO DEL MALESTAR”: UN DEBER DE TODOS

THE CARE OF HEALTH PROFESSIONAL'S IN THE
“STATE OF DISCOMFORT”: A DUTY OF ALL OF US

Dra. María Dolores Braquehais

Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, Clínica Galatea, Barcelona, España
Grup de Recerca en Salut Mental, Institut de Recerca Vall Hebron, CIBERSAM, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Dra. María Dolores Braquehais. Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo. Clínica Galatea.
C/ Palafolls, 17-19 08017 Barcelona (España) Tel: +34- 93 205 72 67. Emai: mdbraquehais.paimm@comb.cat

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2019;8:8-10



El malestar de los médicos y, por extensión, de los profesionales de la salud, en el seno de la sanidad pública ha pasado a ser, en los últimos años, uno de los principales focos de la opinión pública en España y en otros países con un sistema sanitario similar al nuestro. Y quienes trabajamos, precisamente, en la atención de los profesionales aquejados de trastornos mentales, podemos dar fe de ello.

Entre las razones que pueden dar cuenta de dicho fenómeno, puede estar la inveterada tendencia al descuido de sí mismos, lo que ha dado pie a expresiones como "en casa del herrero, cuchillo de palo", que encuentra su correlato en otros idiomas. O pueden invocarse algunos factores relacionados con la mutación que ha experimentado su quehacer en las últimas décadas, entre otros: la reducción de la interacción profesional-enfermo a sus aspectos meramente científico-técnicos, las mayores expectativas de la población en cuanto a los resultados, la fragmentación del saber propia de la súper-especialización, la exigencia de capturar grandes cantidades información, aún en detrimento de la comunicación, y el incremento de la oferta terapéutica por el creciente poder de la industria biomédica.

Pero, siguiendo la recomendación de Ortega y Gasset, "yo soy yo y mi circunstancia... y si no la salvo a ella, no me salvo a mí"¹, para alcanzar una comprensión cabal del fenómeno, es preciso adoptar una perspectiva aún más amplia que se haga eco de las implicaciones que han tenido, en los últimos años, los cambios en la naturaleza de la relación clínica y en el contexto donde ésta se inserta. De lo contrario, corremos el riesgo de achacar el malestar del profesional al inadecuado afrontamiento del individuo concreto de su realidad cuando, precisamente, el mayor peso específico cabe atribuirlo al entorno que le rodea.

Para Mark Siegler², en Occidente, la relación médico-paciente ha pasado por tres fases: paternalismo, autonomismo y burocracia. La transición entre la primera y la segunda comenzó a finales de la II Guerra Mundial (1945) y se consumó en torno a los años 70s, aunque en algunos países, como España, podría decirse que se demoró unos años más, hasta la aplicación de la Ley General de Sanidad (1986). Durante el paternalismo, el médico era respetado como figura de autoridad, lo que se traducía en reconocimiento económico y social. Los notables avances terapéuticos logrados, especialmente, durante los dos primeros tercios del siglo XX, apuntalaron ese prestigio. En dicho período, el binomio derechos-deberes se decantaba a favor de los médicos.

Cuando emergió el autonomismo, el equilibrio derechos-deberes comenzó a inclinarse del lado de los "en-

fermos". En consonancia con este nuevo orden, el término "paciente" que, implícitamente, cuestionaba su papel activo en la toma de decisiones, dio paso otros como "enfermo", "usuario" e, incluso, "cliente". La emergencia de movimientos asociativos ayudó a que la reivindicación de los derechos de los "enfermos" se tradujera en acciones concretas. A partir de entonces, autonomía, beneficencia, no maleficencia y equidad se convirtieron en los principios éticos fundamentales que debían regir la práctica clínica y la investigación.

Para ilustrar ese cambio en la jerarquía de las relaciones entre médicos y enfermos, se ha empleado la metáfora de la transición de las antiguas relaciones verticales a las nuevas relaciones horizontales, en las que el poder queda equilibrado. Este nuevo escenario no se limitó a la práctica de la Medicina, sino que se dio en otros ámbitos de la vida, como la educación, el orden público o la religión. Y fue el resultado de la confluencia de varios factores, entre otros, el éxito de los movimientos que cuestionaban el ejercicio abusivo de la autoridad (o autoritarismo), la defensa de las minorías, el declive de los grandes relatos y el auge de una forma muy particular de individualismo ligado a la sociedad de consumo y a la bonanza económica propiciada por el capitalismo post-industrial, tras el final de la II Guerra Mundial.

Por otra parte, es en esa época cuando se pusieron los cimientos del Estado del bienestar que pretendía garantizar el acceso a servicios sociales básicos, entre ellos la sanidad, a la mayor parte de la población. También, desde entonces, los médicos pasaron a desarrollar su ejercicio profesional, mayoritariamente, en el seno de equipos multidisciplinares que, a su vez, se integraban en grandes instituciones sanitarias. Este cambio de paradigma podría resumirse diciendo que el médico se vio obligado, desde entonces, a tener que compartir, en gran medida, su poder de decisión con el de otros tanto en la relación clínica como en una práctica profesional que ya no ejercía en solitario.

Según Siegler, al autonomismo le siguió la fase burocrática, cuyo inicio fecha en torno a los años 80s. Coincide en el tiempo, curiosamente, con la salida de la crisis del petróleo, primera vez en que la viabilidad del modelo del Estado del bienestar se vio seriamente comprometida. A partir de entonces, un tercer actor pasó a intervenir en la relación entre enfermos y profesionales, el gestor. Su principal cometido se centrará en gestionar la financiación del sistema y en lidiar con la organización de grandes corporaciones sanitarias, cada vez más complejas, en cuyo engranaje la relación



asistencial queda inserta. Podría decirse que hay gestores más "proximales", que dirigen dichas instituciones, y otros más "distales" (o "políticos"), que se dedican a la planificación y asignación de los recursos públicos.

Desde la fase burocrática, la gestión se orienta, cada vez más, según el modelo de "producción", en consonancia con la que podríamos denominar "matematización de la vida cotidiana" propia del capitalismo tardío. La valoración del sistema sanitario descansa, por lo tanto, en indicadores como el número de visitas por profesional, la estancia media o los días de listas de espera, obviándose la consideración de otros aspectos clave en la atención sanitaria que no son "cuantificables" y que hacen referencia a las condiciones en las que la relación clínica tiene lugar. En paralelo, la excelencia de la atención clínica comenzó a basarse en la denominada "evidencia", criterio que soslaya factores más difícilmente cuantificables, como es la calidad humana de la interacción. En ese contexto, emerge la "ética del cuidado"³; la relación clínica no debe limitarse a una adecuada provisión técnica que respete los cuatro principios éticos antes mencionados, sino que debe aspirar a humanizar el sufrimiento merced a una escucha compasiva, atenta y respetuosa con la singularidad de cada individuo.

Desde entonces, el tiempo dedicado al paciente pasa a repartirse entre la atención clínica, el desempeño burocrático (sobre todo, el registro de información) y las decisiones relacionadas con la gestión de recursos. Todo ello en un clima donde confluyen otras fuentes de presión como las derivadas de las demandas judiciales de los pacientes por actuaciones clínicas, el clima social de esperanza desmedida en las posibilidades de la techno-ciencia, el uso, a menudo poco realista, de la oferta sanitaria como reclamo electoral, la inadecuación del modelo de "enfermedad aguda" para asistir a una población con mayor cronicidad, el envejecimiento poblacional o el creciente poder de la industria biomédica. Como consecuencia de todo ello, los profesionales de la salud, en especial los médicos, comenzaron a sentir un progresivo desgaste emocional y un creciente desencanto con su trabajo^{4,5}.

Las expectativas halagüeñas de Siegel², es decir, la hipótesis de que, a la fase funcional le debería suceder una en las que todos los actores participarían constructivamente en la toma de decisiones (fase de las decisiones compartidas), se vieron truncadas con motivo de la crisis económico-financiera de 2008 o Gran Recesión. Lo más notorio de esta nueva época, en la que ahora estamos inmersos, es la aparición de síntomas de indignación de los usuarios, el empeoramiento del

desgaste emocional de los profesionales y la difícil tesitura en que se encuentran los gestores públicos ante la incapacidad presupuestaria para poder sostener el Estado del bienestar en las mismas condiciones que en las décadas precedentes. Además, con la evolución del capitalismo tardío y el colapso financiero de 2008, no sólo han empeorado las condiciones socio-económicas de muchos ciudadanos, con las repercusiones negativas que ello comporta a nivel de salud, sino que ha aumentado también el perímetro de los que están en riesgo de verse abandonados por el sistema de cobertura sanitaria tanto a nivel local (desempleados, inmigrantes, etc.) como a nivel global (países en vías de desarrollo).

Bien puede decirse que la relación clínica se halla ahora inmersa en el clima general que ha dado en llamarse "Estado del malestar"⁶. Los pacientes reclaman volver a los niveles previos de prestaciones, los profesionales exigen más recursos y los gestores se ven atrapados en el dilema de garantizar la sostenibilidad del sistema sin disponer de los mismos medios económicos de antes, al tiempo que aspiran a no perder el favor del electorado.

Es, precisamente, en este contexto, cuando los profesionales de la salud han visto más deteriorada aún, si cabe, su situación con respecto al pasado. Así pues, a la hora de abordar su malestar, no basta con revisar, a nivel individual, sus actitudes con respecto al cuidado de sí mismos o con repensar cómo se puede brindar una atención clínica más humanizada. Quienes tratamos su malestar, reivindicamos que será difícil que su estado mejore si la sociedad no asume una actitud decidida a favor de dignificar su quehacer, dotándoles de medios adecuados y recuperando el respeto por su labor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega y Gasset, José. *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Cátedra, 2005. ISBN: 9788437604817.
2. Siegler, Mark. Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2011; 26. ISBN: 978-84-694-3183-2.
3. Guilligan, Carol. El daño moral y la ética del cuidado. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2013; 13. ISBN: 978-84-695-8257.
4. Hafferty, Fred W. Finding soul in a "Medical Profession of One". *J Health Polit Policy Law*. 2003; 28 (1): 133-158. doi: 10.1215/03616878-28-1-133.
5. Aasland, Olaf G. Healthy doctors-Sick Medicine. *Professions and Professionalism*. 2015; 5 (1): 989. doi: 10.7577/pp.989.
6. Pardo, José Luis. *Estudios del malestar. Políticas de la autenticidad en las sociedades contemporáneas*. Madrid: Anagrama, 2016. ISBN: 978-84-339-6408-3.