
Contrato social y valores en la profesión médica

Albert J. Jovell

*Director General. Fundació Biblioteca Josep Laporte.
Profesor Asociado. Universitat Autònoma de Barcelona.*

Resumen

Los Sistemas Sanitarios están sujetos a un proceso de cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad. La rapidez del cambio supera la capacidad de los agentes sociales para poder asumirlo y realizar las acciones necesarias para gestionarlo en tiempo real. Este proceso de cambio social viene determinado por las transiciones sanitarias, que definen los fenómenos sociales que lo promueven. Entre estas transiciones sanitarias destaca la transición ética que determina los valores que permiten determinar prioridades en los procesos de toma de decisiones sanitarias. Estos valores pueden estructurarse en torno a un contrato social entre la ciudadanía, los profesionales sanitarios y las clases dirigentes. Ello implica replantearse los principios del profesionalismo e introducir entre los mismos la rendición de cuentas razonada.

Palabras clave: Cambio social. Contrato social. Valores. Profesionalismo. Rendición de cuentas.

Summary

Health Systems are subject to an unprecedented process of social change in the history of mankind. The speed of the change exceeds the capacity of social agents to assume it and carry out the necessary actions to manage it in real time. This process of social change is determined by the health care transitions, that define the social phenomena promoting it. Among these health care transitions, ethical transition, that determines the values that make it possible to determine priorities in the health care decision making processes, stands out. These values may be structured around a social contract between the citizens, health care professionals and governing classes. This implies reestablishing the principles of professionalism and introducing reasoned accountability among them.

Key words: Social change. Social contract. Values. Professionalism. Accountability.

“You live what you learn”

Tony Soprano, *Los Soprano*

El cambio social en sanidad

Los roles y responsabilidades de los médicos se ven influenciados por los cambios producidos por los nuevos entornos y escenarios de los Sistemas Sanitarios. Estos nuevos entornos vienen determinados por el cambio social promovido por las denominadas transiciones sanitarias, que suponen para la profesión médica tener que confrontar nuevos retos y realidades profesionales (tabla I)^{1,2}. En lo demográfico aumentan las necesidades sanitarias asociadas a la longevidad, pue-

Demográfica

Epidemiológica

Económica

Tecnológica

Laboral

Judicial

Educativa

Mediática

Política

Ética

Ver una descripción más detallada de las transiciones sanitarias y de sus consecuencias en: Jovell AJ¹.

Tabla I. Transiciones sanitarias

den limitarse los recursos económicos disponibles, como consecuencia de la asociación entre longevidad y disminución de los nacimientos, y se produce una mayor demanda de la competencia cultural para atender de forma respetuosa las necesidades generadas por la diversidad étnica. Asimismo, se produce una creciente feminización de la profesión médica, con lo que se modifica la tradicional asignación de roles profesionales sanitarios asociados al género. La transición epidemiológica requiere la formación de profesionales capacitados en lo técnico y en lo humano para tratar de forma adecuada la enfermedad crónica y la comorbilidad asociada.

La transición tecnológica supondrá la introducción de mecanismos de evaluación que permitan adecuar las innovaciones producidas por los avances científicos a los valores de eficiencia, calidad y equidad propios de los sistemas sanitarios. Las consecuencias de la transición económica deben responder a esos valores y no conducir a un modelo de gestión orientado a la contención de costes, la denominada “medicina basada en el presupuesto”, o a la mera producción de beneficios económicos corporativos. La transición judicial debería evitar la adopción de la denominada medicina defensiva con la finalidad equivocada de reducir el riesgo de demandas judiciales. A todo

ello, como consecuencia de la transición educativa, se une un nuevo modelo de paciente, mejor y más activo en los procesos de toma de decisiones individuales y colectivos³.

La transición mediática puede conducir a una comunicación inapropiada de los propósitos de la medicina, al destacar lo excepcional sobre lo normal o lo nuevo. En este sentido, la noticia como hecho novedoso promueve que se destaque el error médico o los fallos del dispositivo asistencial sobre los éxitos y cumplimientos de las funciones sanitarias, así como que se ponga más énfasis en las expectativas teóricas de la investigación científica que en sus realidades actuales. La transición política puede condicionar una organización de la sanidad que responda más a demandas y a presiones sociales que a necesidades reales de la población que la financia. En este sentido, la política debería evolucionar hacia la promoción del concepto de justicia social más que a la adopción de conductas reactivas a fenómenos mediáticos y judiciales, o a las demandas de grupos de presión.

Finalmente, el conjunto de cambios en el entorno sanitario y en las expectativas de la sociedad, promovidos por las transiciones descritas, determinarán una transición ética. Esta transición estará caracte-

El médico como fuente de información
El médico como gestor del conocimiento
El médico como gestor de recursos sanitarios
El médico como gerente
El médico como educador
El médico como asesor de salud
El médico como consejero espiritual
El médico como tecnólogo
El médico como garante de la calidad asistencial

Ver una descripción más detallada de las transiciones sanitarias y de sus consecuencias en: Jovell AJ¹.

Tabla 2. Roles de la profesión médica

rizada por la multiplicidad de valores que acompañan el ejercicio de la profesión de médico, tanto en la relación de éstos con las corporaciones sanitarias y sus dirigentes, como con los pacientes y la sociedad. De esta forma, los cambios asociados a las transiciones descritas determinan un nuevo modelo de profesional de la medicina, que debería definirse mediante un contrato social específico entre profesión médica y sociedad. Este nuevo modelo de profesional debe asumir diferentes roles con la finalidad de responder mejor al cambio social emergente (tabla 2)¹.

El contrato social en sanidad

Los valores asociados en la actualidad a las decisiones políticas plantean una re-

Principios	Categorías
1. Solidaridad	1.1. Intergeneracional 1.2. Intrageneracional
2. Subsidiariedad	2.1. Pública 2.2. Privada colectivizada 2.3. Privada individualizada
3. Responsabilidad	3.1. Colectiva-social 3.2. Profesional 3.3. Ciudadano/usuario
4. Justicia social	4.1. Liberalismo 4.2. Igualitarismo* 4.3. Utilitarismo 4.4. Comunitarismo 4.5. Republicanismo

*Múltiples aproximaciones y definiciones del criterio de igualdad: trato, mérito, edad, renta, oportunidad, contribución social realizada, capacidad funcional, productividad futura, etc. El concepto de igualdad resulta tan atractivo en su formulación como peligroso en su adjetivación.

Tabla 3. Elementos del contrato social

forma del Estado del bienestar que promueva una mayor equidad en la distribución de los recursos públicos, una mejora de la eficiencia en su gestión y, sobre todo, un incremento de la participación de la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones relativos a la distribución y gestión de los mismos. Esta reforma debe introducir el concepto de contrato social para definir la necesidad de transformar el modelo actual de Estado del bienestar hacia un modelo de sociedad del bienestar⁴⁻⁶. El concepto de contrato social determina los principios que defi-

nen el conjunto de valores éticos básicos de la sociedad. Estos principios constituirían la expresión de la voluntad moral de la colectividad y delimitarían los derechos y las obligaciones de la ciudadanía, así como anticiparían los mecanismos de respuesta ante contextos y situaciones de cambio social.

Los principios del contrato social expresarían y ordenarían los valores de la ciudadanía respecto a la resolución de los problemas asociados a la determinación de prioridades en sanidad. Un contrato social para la sanidad debería tener en cuenta los principios de solidaridad intrageneracional e intergeneracional, subsidiariedad pública y privada, igualdad y responsabilidad colectiva e individual profesional y del ciudadano (tabla 3)⁴⁻⁶. El contrato social surge de la negociación de los conflictos morales latentes derivados de los diferentes valores de los grupos sociales que compiten por los recursos existentes, sin necesidad que ello suponga menoscabar la cohesión social. El modelo de contrato social constituye un buen punto de partida para redefinir las relaciones entre medicina y sociedad en el contexto actual de cambio social y, así, poder confrontar la tensión existente entre equidad, buena calidad asistencial, exceso de posibilidades asistenciales y recursos disponibles finitos.

Los valores de la profesión médica

El cambio social antes descrito está produciendo modificaciones importantes en el ejercicio de la profesión de médico. En este contexto, la reivindicación del profesionalismo aparece como eje central del contrato social entre medicina y sociedad⁷. El profesionalismo está llamado a reemplazar al modelo más tradicional de contrato social basado en el juramento hipocrático. Este último modelo constituye un tipo de contrato de carácter implícito, que determina el ejercicio autónomo de la medicina como una actividad altruista y de servicio social en torno a los principios de beneficencia y de no maleficencia. Tal y como describe Smith, el contrato social implicaba que la sociedad otorgaba a la profesión médica un estatus y un reconocimiento especial que la distinguía de otras profesiones, lo que debería incluir un salario más elevado y el poder de autorregularse⁸. Como compensación a estos privilegios otorgados por la sociedad, la profesión médica garantiza que se ofrecerán por parte de médicos competentes los mejores cuidados a los pacientes, con respeto a los valores de dignidad humana y de preservación de la salud y de la vida.

El modelo hipocrático o tradicional de contrato social resulta insuficiente para responder a los retos sociales presentes

1. Monopolio del conocimiento especializado, entendido como aquel al que no puede acceder con facilidad el ciudadano medio
2. Responsabilidad en la transmisión y enseñanza del conocimiento
3. Aplicación del conocimiento al servicio de los individuos y de la sociedad de forma altruista
4. Elaboración de forma autónoma de estándares propios de práctica profesional y de criterios de autorregulación como garantía de calidad asistencial
5. Responsabilidad profesional de promover la integridad y mejora del conocimiento a través de la investigación, así como de determinar los estándares que configuran una práctica profesional de calidad

Tabla 4. Elementos del profesionalismo

y futuros de la profesión médica. Esta situación plantea la necesidad de trabajar en la adopción de un nuevo código de valores que fundamente el profesionalismo y que, por lo tanto, permita responder con flexibilidad a las nuevas expectativas de la sociedad. Los elementos claves del profesionalismo, tal y como han sido descritos por Cruess et al, aparecen citados en la tabla 4⁷. Este modelo de profesionalismo supone la acreditación de la competencia profesional, la capacidad de autorregulación, la definición explícita de los estándares de calidad de la atención sanitaria, la vocación de servicio altruista y la transparencia en la toma de decisiones profesionales y en la medida de los resultados obtenidos.

Dentro del modelo de contrato social el ejercicio de la medicina implica el ejercicio de la función de “agencia moral”, al fundamentar las decisiones que afectan a pacientes individuales en juicios de valor que, a su vez, pueden tener múltiples implicaciones éticas. Así, el proceso de decisiones se puede enfrentar al dilema de tener que decidir entre atender aquellos valores propios del sistema –equidad, eficiencia y protección de la salud pública– frente a los que protegen al paciente individual –autonomía, confidencialidad y libertad de elección–. Entre estos últimos, también destacan los relativos a los principios de beneficencia y de no maleficencia⁹. El nuevo modelo de contrato social debería establecer criterios que permitieran solucionar los conflictos que surgen de la tensión existente entre dar primacía a lo colectivo frente a lo individual. Las decisiones relativas a la prescripción de tratamientos a pacientes individuales –trasplantes de órganos o hemodiálisis– más allá de determinadas edades, en las que se han considerado por consenso contraindicados para el conjunto de su grupo etario, constituyen un ejemplo de conflicto moral entre el valor de efectividad individual y el valor de eficiencia a la que se puede tener que enfrentar un profesional de la medicina. También lo sería la prescripción de un fármaco genérico

frente a uno de reciente aparición para la disminución del nivel de colesterol.

La posibilidad de fomentar las asociaciones o partenariados basados en la negociación de valores entre los diferentes agentes sanitarios podría contribuir a dilucidar los conflictos morales entre lo individual y lo social. Se ha sugerido la idoneidad de este tipo de asociaciones para consensuar los criterios de evaluación que permitan determinar el valor añadido de una determinada decisión sanitaria, definida según la mejora de calidad asistencial proporcionada, obviando la opción más reduccionista de situar la discusión sólo en términos de reducción de costes^{10,11}. En otras palabras, se trata de ser capaces de especificar el valor real de las decisiones sanitarias. Posiblemente, este tipo de partenariados también deberían proponerse en la renegociación de los principios que conformarían el nuevo modelo de contrato social entre profesión y sociedad. Un ejemplo de reflexión sobre lo que supone ser médico en los tiempos actuales está siendo promovido por el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (www.congresprofessio.com).

Dos conceptos a considerar en la renegociación de un nuevo modelo de contrato social fundamentado en el profesionalismo serían: deliberación y racionalidad. El primer aspecto se refiere a la

capacidad de deliberar con otros profesionales, con los pacientes y con los diferentes agentes sociales en aquellas situaciones en las que no existe consenso entre las partes sobre cuál es la decisión más apropiada, o bien existe un conflicto latente de valores. El segundo aspecto se refiere a la necesidad de razonar las decisiones y acciones que se han adoptado. Asociado a estos conceptos de deliberación y racionalidad está la denominada *accountability for reasonableness* o “justificación de la acción responsable”¹². Deliberación y racionalidad deberían constituir la base de la legitimación social del profesionalismo y sustentar el reconocimiento de la autoridad, autonomía y capacidad de autorregulación de la profesión médica.

En su relación con otros agentes sociales, incluidos los pacientes y otros compañeros de profesión, la profesión médica puede enfrentarse a desacuerdos morales como consecuencia de la discordancia de valores existente en la toma de decisiones difíciles. Como ya se ha expuesto antes, un ejemplo de ese tipo de desacuerdos lo constituye tener que tomar decisiones que promueven el beneficio individual a expensas de menoscabar una concepción más utilitarista de la justicia social en la que prima el concepto de eficiencia sobre el de efecti-

vidad⁽¹⁾. Es en estas situaciones de desacuerdo o conflicto moral donde se debe intentar alcanzar el consenso mediante la negociación o deliberación colectiva de los agentes en conflicto^{13,14}. Estrategias basadas en el reconocimiento explícito de los valores individuales o de grupo y, por lo tanto, de los conflictos latentes existentes, el respeto mutuo hacia los valores discordantes y la predisposición a negociar, constituyen la base de los procesos de deliberación comunitaria.

La necesidad de un ejercicio más racional de la medicina permite recuperar la capacidad de autorregulación, lo que constituiría la denominada *accountable professional self-regulation* o “autorregulación profesional basada en la capacidad de rendir cuentas”. Para llegar a esta situación se debería haber definido de una forma más explícita el significado y contenido del concepto de competencia profesional, es decir, la capacitación científico-técnica y humana necesaria para poder practicar con garantía de calidad el ejercicio de la profesión. En este sentido, las organizaciones sanitarias precisarán, para ser fieles a

(1) La prescripción de estreptoquinasa en lugar de rt-PA en el tratamiento del infarto agudo de miocardio podría constituir en determinadas poblaciones de pacientes un ejemplo de aplicación de predominancia del criterio coste-efectividad sobre el de efectividad. Este concepto también se conoce como la adopción de *the second best therapeutic option*.

Competencia técnica

Accountability

Calidad

Actualización científica

Cooperación-trabajo en equipo

Autonomía

Diligencia

Excelencia

Mentoring

Pensamiento racional

Competencia humanística

Honestidad

Altruismo

Confianza

Confidencialidad

Veracidad

Respeto

Compasión

Integridad

Confianza

Calidez de trato

Tabla 5. Valores de la profesión médica

su misión de responsabilidad social, de profesionales con conocimiento, comprometidos, competentes, motivados y capaces de adaptarse a las situaciones de cambio. Obviamente, para encontrar este tipo de profesionales las organizaciones deben crear sistemas de incentivos que favorezcan la cohesión interna y el establecimiento de un modelo de relaciones basado en la confianza mutua.

Finalmente, la medicina basada en los valores también incluye, aparte de los valores competenciales asociados al conocimiento científico y a las habilidades técnicas, los valores humanos. Así, además del concepto de medicina basada en la

evidencia científica se debería promover el de medicina basada en la afectividad^{15,16}. Ello supone la adopción en la práctica profesional de objetivos relacionados con los hechos de cuidar y confortar, además de los asociados al hecho de curar. En la tabla 5 se resumen un conjunto de valores propios de ambas competencias en la práctica de la profesión de médico. Este proceso de medicina basada en conocimiento científico, valores y afectividad, implica una transformación radical de los procesos de formación de pregrado y postgrado, así como del proceso de formación de especialistas. En este sentido, es posible que para los médicos actuales sea más importante tener conocimientos en ética y en política sanitaria que en biología celular y molecular o física médica. Los carbonos del ciclo de Krebs, los detalles del esfenoides, el teorema de Bermouille o los antígenos de las *Borrellia* no parecen ser los conocimientos más relevantes y necesarios en una consulta médica cotidiana. Además, el recurso “tiempo de formación” también se tiene que gestionar con eficiencia y, por lo tanto, también debería estar sujeto a los procesos de deliberación democrática y de determinación de prioridades. En todo ello radica la capacidad de desarrollar un ejercicio de la medicina más sensible a las necesidades de la sociedad que la financia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica, 2001. Disponible en: www.fbjoseplaporte.org, www.fundsis.org
2. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Educación Médica. 2002;5:73-5.
3. El paciente del futuro, 2001. Disponible en: www.fbjoseplaporte.org
4. Jovell AJ. Temps era temps: La necessitat d'un nou contracte social a la sanitat. Salut Catalunya. 1995;10:51-7.
5. Jovell AJ. De l'Estat a la Societat del benestar. Salut Catalunya. 1995;10:50.
6. Jovell AJ. El futuro de los servicios sanitarios: gestión del conocimiento, de los recursos humanos y de los valores éticos. En: Jovell AJ, Aymerich M, editores. Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad. Barcelona: Monografía de la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 1999.
7. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism: an ideal to be sustained. Lancet. 2000;356:156-9.
8. Smith R. Renegotiating medicine's contract with patients: The GMC is leading the way. BMJ. 1998;316:1622-3.
9. Principles of health care ethics. In: Gillon R, editor. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1994.
10. Kenagy JW, McCarthy SM, Young D, Barret D, Pinakiewicz DC. Toward a value-based health care system. Am J Med. 2001;110:158-63.
11. Porter M, Olmsted Teisberg E. Redefining competition in health care. HBR. 2004. p. 65-76.
12. Daniels N. Accountability for reasonableness: establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. BMJ. 2000;321:1300-1.
13. Guttman A, Thompson D. Democracy and disagreement. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press; 1996.
14. Pettit P. Republicanismo: Una teoría sobre la libertad y el gobierno. Paidós: Barcelona; 2004.
15. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. Med Clin (Bar). 1999;113:173-5.
16. Jovell AJ. Gestión del conocimiento afectivo. Siete Días Médicos. 600: 102-8.

