

HUMANIDADES MEDICAS

Identidad Profesional y Compromiso Ético en los Tiempos del “Managed Care”

JORGE J. FERRER, S.J., S.T.D.

Los orígenes del profesionalismo: etimología e historia

‘Profesión’ y ‘profesional’ vienen del latín *professio*, que significaba, en esa lengua, declaración o manifestación de alguna cosa. Más adelante vino a significar declaración o confesión pública y también promesa y consagración. Este sentido de declaración y promesa pública se afianzó en el latín eclesiástico medieval. En el uso del medioevo, ‘profesión’ vino a tener un sentido religioso. Se usaba, y todavía se usa, para referirse a la declaración pública de la fe por parte del neófito que iba a ser recibido en la Iglesia por el bautismo. También se adoptó la palabra ‘profesión’ para denominar la emisión de votos públicos en un monasterio o en otro instituto de vida consagrada, aprobado por la Iglesia. El religioso era un profeso. En ambos casos, la profesión conlleva una promesa solemne y pública. La medicina y las demás profesiones de la salud son tales precisamente porque suponen un compromiso público de índole netamente moral (1). Este carácter ético se ve con claridad en las palabras del Juramento Hipocrático, que todavía suele pronunciarse en las graduaciones de las escuelas de medicina, aunque en versiones modernizadas.

¿Por qué este énfasis en los aspectos morales de la práctica profesional? Simple y sencillamente porque las profesiones son, esencialmente, empresas morales: lo han sido siempre e intentaré demostrar que deben seguir siéndolo. Tradicionalmente el título de ‘profesiones’ se reservaba para un número limitado de ocupaciones. En español se distinguía con toda claridad entre las

‘profesiones’ y las ‘artes y oficios’. Las profesiones clásicas en Occidente eran tres: la medicina, el derecho y el ministerio (el sacerdocio). La universidad medieval tenía tres facultades mayores: la de medicina, la de derecho y la de teología. Históricamente, los profesionales gozaban de un estatuto privilegiado que conllevaba una amplia discreción y libertad en el ejercicio de sus funciones, una alta estima social y hasta un régimen de impunidad jurídica. El ejercicio de las profesiones no estaba regulado por las leyes del Estado, sino que las profesiones se autorregulaban. Sus miembros solían estar exentos de las leyes contributivas y penales. Los médicos, por ejemplo, comenzaron a pagar contribuciones en el siglo XIX y los miembros del clero todavía gozan de algunos privilegios contributivos. En vez de recibir un *salario*, los profesionales recibían un *honorario*, porque se sobreentendía que lo que ellos hacían era tan valioso que no podía pagarse con dinero. Esta situación de privilegio es hoy, en buena medida, cosa del pasado.

La pérdida de prestigio de las clases profesionales no se debe solamente a los escándalos y abusos de poder de algunos profesionales, sino también, y sobre todo, a que vivimos en una cultura de la igualdad y la democracia. Una sociedad democrática no puede tolerar un régimen de privilegio para nadie. El ‘privilegio’ es, si atendemos a su etimología, una ley privada o especial, dada para beneficio (o perjuicio) de una persona o de un grupo particular (*privus, a, um* significa, en latín, particular, propio o especial). Nosotros tendemos a pensar que tal ley es injusta y odiosa. Suscribimos de mejor grado la advertencia de la juez que dictó sentencia a Jack Kevorkian: “*No one, sir, is above the law.*” Sin embargo, la pérdida de la situación privilegiada de otros tiempos y de un régimen de impunidad jurídica no cancela el compromiso del profesional con la excelencia moral. Lamentablemente, algunos profesionales han respondido a la pérdida de los privilegios con la renuncia a la calidad moral de su quehacer como profesional. Al postergar el compromiso ético, están renunciando a la esencia misma de la identidad profesional.

Del Centro de Humanidades Biomédicas de la Universidad Central del Caribe, Bayamón, P.R. y Consultor del Instituto Humanísticos y Bioética del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico

Dirigir correspondencia a: Jorge J. Ferrer S.J., Centro de Humanidades Biomédicas, Universidad Central del Caribe, Call Box 60-327, Bayamón, Puerto Rico, 00960-6032. Tel: (787) 798-3001, Ext. 294.

El profesionalismo hoy: sus rasgos constitutivos

¿Qué constituye a un profesional? ¿Cuáles son los rasgos distintivos que marcan a un profesional? Ciertamente el profesional es alguien que posee unos conocimientos especializados de alto nivel, adquiridos a través de un largo proceso de educación formal de nivel universitario y de la práctica supervisada de las destrezas propias de cada profesión. Además, el profesional ha recibido la aprobación de la sociedad a través de los procesos de certificación establecidos y reconocidos por ésta. No obstante, conocimientos, destrezas y certificaciones no bastan para constituir a los miembros de un grupo ocupacional en profesionales. Robert Sokolowski, profesor de filosofía en la Universidad Católica de Washington, sostiene que si el conocimiento es el único rasgo distintivo de las profesiones, no se ve cómo las profesiones se diferencian de otras ocupaciones, que no solemos clasificar como profesiones (2). El término griego *techne*, usualmente traducido por 'arte' o por 'técnica', se entendía en Aristóteles como la disposición racional para la producción o, dicho de otro modo, como un hacer acompañado de conocimiento (3). Para comprender cabalmente la diferencia entre el arte y la profesión es preciso, según Sokolowski, fijarse en otro aspecto. Cuando voy, por ejemplo, al mecánico, pongo en sus manos mi automóvil. Por caro que sea, es una posesión, una cosa. Sin embargo, cuando acudo a un profesional estoy poniendo en sus manos algo mucho más valioso que una posesión mía. En un sentido muy real, le estoy confiando mi propia persona (o la de mi cónyuge, mi hijo, mi madre). Hasta cierto punto, le estoy confiando la dirección de mi existencia. Tengo que hacerlo porque se trata de un ámbito de mi vida en el que carezco de los conocimientos necesarios para guiarme a mí mismo. 'Confiar' significa fiarse de alguien, tener fe en él o en ella. Solamente es razonable tener confianza en aquel que es digno de confianza. No es digno de confianza el profesional – abogado, médico, trabajador social, tecnólogo médico o miembro del clero – que es incompetente, que carece de las destrezas y conocimientos necesarios para ejercer con eficacia su actividad profesional. Pero no basta con esa competencia intelectual y técnica. Es preciso que también sea una persona virtuosa, que respete al cliente o paciente y que esté comprometido a servirlo desde el respeto, la compasión y el empeño por la verdad. Ciertamente el profesional del siglo XXI no puede esperar un trato de privilegio en la sociedad, pero esto no significa que pueda renunciar a la excelencia, incluyendo la excelencia moral. El profesional incompetente es inmoral. El tecnólogo médico que no está

al día en sus conocimientos científicos y en sus destrezas clínicas no respeta a sus pacientes. Pero la excelencia moral exige mucho más: destrezas de comunicación, respeto por el paciente como persona y por su autonomía, custodia de la confidencialidad, integridad en el manejo de los asuntos financieros, sentido de compasión y un compromiso en favor de los más débiles y de los más pobres. El buen profesional es, sin duda, un buen científico y un buen técnico, pero también es una buena persona o no es un buen profesional.

Pero, ¿no son estas ideas románticas y trasnochadas, válidas, quizá, en el pasado, pero irremediamente pasadas de moda? En la época del *managed care*, ¿tiene sentido seguir hablando de profesionalismo y de integridad moral? ¿Pueden el hombre y la mujer cabales, con un alto compromiso moral, sobrevivir en ese mundo leonino de las grandes corporaciones, de la *industria de la salud* y de la medicina '*for profit*'. El compromiso moral es lo único que puede salvar el alma de las profesiones y de los profesionales en estos tiempos de una práctica altamente competitiva, en instituciones cada vez más impersonales y más preocupadas por el beneficio económico que por el bien de las personas. Nos guste o no, el cuidado dirigido y la medicina con fines de lucro están aquí para quedarse probablemente por un buen tiempo, con sus virtudes y sus vicios. Luchemos por aminorar los vicios y por refinar sus virtudes. No olvidemos que el sistema anterior también tenía serias deficiencias.

Las profesiones en la época del cuidado dirigido: responsabilidad histórica y promesa

En un artículo reciente, el filósofo William Sullivan califica el advenimiento del cuidado dirigido como una revolución: "*the managed care revolution*"(4). Dicha revolución está movida por criterios económicos que pueden presentarse en formas distintas, como contención de costes o maximización de ganancias. Pero en una u otra forma se cierne un grave peligro sobre las profesiones de la salud y las personas a las que ellas sirven: que el juicio profesional se vea secuestrado por criterios económicos. No se trata, desafortunadamente, de una vaga posibilidad soñada por un apocalíptico profeta de calamidades. Es una realidad que está aquí con nosotros: juicios y decisiones acerca de cuestiones estrictamente médicas están siendo hechos por personas ajenas al mundo clínico. La palabra española 'clínica' proviene del griego '*kline*', que significa 'cama'. El clínico es el profesional que está al lado de la cama del enfermo. En el sistema de cuidado dirigido, los expertos en cuestiones económicas toman decisiones, a distancia, acerca de situaciones de

índole estrictamente terapéutica: qué tipo de tratamientos están justificados, qué medicamentos se deben aplicar o qué especialista se puede consultar. Es verdad que es necesario controlar el espiral de gastos médicos en la sociedad y que los controles de calidad de la práctica clínica son necesarios, pero es sumamente preocupante que los criterios dominantes sean estrictamente o preponderantemente económicos, máxime cuando las decisiones no las están tomando profesionales de las ciencias de la salud, que son las personas educadas y certificadas para ello por la misma sociedad.

Todos sabemos que la terapia adecuada solamente puede ser fruto de un diagnóstico certero. El diagnóstico certero exige que nos hagamos las preguntas difíciles y que nos sometamos a pruebas diagnósticas, que casi siempre son desagradables. Este método, aprendido en la clínica, debemos aplicarlo a la reflexión filosófica sobre la situación actual de las profesiones de la salud, si es que queremos buscar caminos de solución. Es preciso preguntarse qué han hecho las profesiones de la salud en el pasado, en qué han fallado, qué ha dado pie para que la insatisfactoria situación presente se impusiese. El desarrollo científico y tecnológico hizo de la medicina la profesión por excelencia. El éxito terapéutico trajo consigo el éxito económico y el prestigio social para los miembros de la profesión. Estudiar medicina era un camino casi seguro para lograr una cómoda posición económica y una alta estima social. Estas realidades, que no son negativas en sí mismas, atrajeron a las profesiones de la salud a personas carentes del idealismo moral necesario para ejercer una profesión de servicio. El médico —y ahora me ocupo específicamente de la medicina por su posición de liderato en el campo de la salud y porque llegó a ser el modelo para otros profesionales— empezó a entenderse a sí mismo como un técnico, olvidando la dimensión de arte y de humanidad que ha sido patrimonio de la medicina occidental desde su nacimiento en los tiempos hipocráticos.

Las profesiones en general y las profesiones de la salud en particular han cometido, según Sullivan, dos graves errores durante los últimos 50 años: la adopción del *modelo empresarial* y la del *modelo tecnocrático* en el ejercicio de la profesión. Una medicina empresarial y tecnocrática conllevó la pérdida progresiva del antiguo *ethos* profesional, preparando el terreno para la actual crisis del cuidado dirigido. Como ya hemos dicho, el modelo empresarial no ha afectado única y exclusivamente a la medicina. Ha tocado a todas las profesiones. ¿Existe alguna diferencia perceptible entre la práctica privada del derecho y la gerencia de un negocio cualquiera, con fines netamente comerciales, si hacemos excepción de los pocos abogados que se dedican al servicio de los pobres? Otro

tanto podría decirse, seguramente, de la farmacia o del propietario de un laboratorio clínico. Lamentablemente, la práctica privada de la medicina y de las otras profesiones de la salud, que permiten una práctica privada, se había convertido en un negocio en la mente y en las acciones de un número más o menos amplio de profesionales mucho antes del advenimiento del cuidado dirigido. De hecho, se podría argumentar que la comercialización de la profesión en el sistema de *fee-for-service* y el aumento exponencial de los costes de la tecnología crearon el ambiente propicio para el nacimiento del sistema de cuidado dirigido. Nadie niega que el aumento exponencial de los gastos de salud tenía que ser contenido. El modelo empresarial de la medicina y de otras profesiones de la salud hace que se difumine la diferencia entre las profesiones y los negocios, terminando por erosionar la identidad y el compromiso ético peculiar de los profesionales.

El segundo error ha sido, como ya se ha dicho, la adopción del modelo tecnológico del profesional de la salud. Con el progreso científico y tecnológico en las ciencias de la salud, tanto básicas como clínicas, los profesionales han tendido a entenderse más como proveedores de servicios técnicos que como depositarios de la confianza de la sociedad, para cuyo servicio existen. Cuando se juntan el modelo empresarial y el tecnológico, encontramos que el profesional de la salud es como un panadero o un mecánico que vende sus servicios a quienes quieran comprarlos y puedan pagar por ellos. Como afirma Robert M. Sade en su clásico artículo *Medical Care as a Right: a Refutation*, la asistencia sanitaria es la propiedad privada del médico y de otros profesionales de la salud, como el panadero vende su pan, el profesional de la salud vende sus servicios (5). Por supuesto que la comparación del médico con el panadero es engañosa. Los panaderos no tienen un monopolio legalmente sancionado como lo tienen los médicos y otros profesionales de la salud, ni su educación profesional cuenta con los fuertes subsidios que la sociedad invierte en la educación de los profesionales de la salud. Además, es posible vivir una vida de óptima calidad sin comer pan, pero no es posible vivir una vida de óptima calidad sin servicios médicos. Como señala Sullivan (4), si ser un profesional no es otra cosa que ser un trabajador intelectual altamente especializado, la sociedad tenderá a ver el modelo del cuidado dirigido como el traspaso del poder de las manos del gremio de los médicos y de los otros profesionales de la salud a otras manos: las grandes compañías de seguro, no menos comercializadas e impersonales, pero quizá con mayor capacidad para racionalizar un sistema de prestaciones sanitarias que se nos había ido de las manos. Como consecuencia, los servicios médicos serán más baratos y

accesibles. Además, si los profesionales son simplemente proveedores de servicios expertos, pueden ser sustituidos por otras personas que den los mismos servicios por menos dinero y con menos complicaciones para la empresa, aunque su calidad no sean de la misma calidad. En la medida en que las mismas profesiones han insistido en la búsqueda del lucro como fin primordial de sus prácticas y en presentarse simplemente como técnicos que venden servicios especializados, han estado minando las bases de las profesiones y preparando el escenario en el que nos encontramos hoy día.

Conclusión

Si queremos salvar la integridad de las profesiones de la salud en la era del cuidado dirigido, es preciso que recuperemos la fibra moral de las profesiones, como empresas de servicio. Las profesiones tienen sentido precisamente como una alternativa al modelo capitalista, centrado en el lucro y en la libertad económica. La genuina actividad profesional se centra en el servicio, no en la ganancia económica o el prestigio social. En el caso de las profesiones de la salud, se trata del servicio de toda la población a través de la educación en salud y la prevención de las enfermedades y discapacidades, y el servicio de los enfermos en su triple dimensión de curar, aliviar y consolar. A través de este servicio a los enfermos, los profesionales sirven a toda la sociedad, de la que son fiduciarios, en una de las facetas más importantes de la vida. Hoy día, en la época del cuidado dirigido, hace más falta que nunca la recuperación de esta tradición moral, no por el deseo egoísta de salvar el estatuto privilegiado de los profesionales. Si así fuese, no tendría sentido esta lucha, sería nadar contra corriente, ir en contra de la historia. Es importante hacerlo porque solamente así se garantizan

adecuadamente los intereses de cada uno de nosotros y de toda la sociedad. A todos nos interesa tener un sistema de prestación de servicios de salud que nos va a tratar con competencia, humanidad e integridad moral cuando nosotros mismos y los nuestros necesitemos sus servicios, especialmente cuando estemos enfermos. Las profesiones de la salud pueden tener un futuro solamente si recuperan su identidad histórica como empresas morales, dedicadas al servicio de la salud, y no como empresas meramente económicas, dedicadas al lucro y al prestigio social de quienes las practican.

Agradecimiento

Quiero reconocer mi deuda con el Prof. Dr. Diego Gracia, de la Universidad Complutense de Madrid, España, por algunas de las ideas expresadas en este manuscrito. Además de la obra suya citada en las referencias, he tenido acceso, gracias a su gentileza, a su trabajo "Ética Profesional", que todavía no ha sido publicado.

Referencias

1. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.p.51-52 y p.57-58.
2. Sokolowski R. The fiduciary relationship and the nature of the professions. In: Pellegrino ED, Veatch RM, Langan JP, editors. Ethics, trust, and the professions. Washington DC: Georgetown University Press; 1991.p.23-39.
3. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Traducción de Araujo M y Marias J. Madrid: Instituto de Estudios Políticos; 1970.p.91-92.
4. Sullivan WM. What is left of professionalism after Managed Care? Hastings Center Report. 1999. No. 2 p.7-13.
5. Sade RM. Medical care as a right: a refutation. N Engl J Med 1971;285:1288-1292.