

# Profesionalismo de salud en Europa

Jean Pierre Unger, <https://jeanpierreunger.be>

Si se admite que la calidad de la atención es ante todo el profesionalismo humano, los sistemas y los servicios de salud deberían cultivarlo.

El 9 % del PIB europeo podría cambiar de mano en caso de privatización de los seguros de salud.

Este artículo, extraído de un libro en preparación, ofrece orientaciones a los profesionales para actuar sobre las políticas de atención sanitaria en Europa y sobre su cooperación internacional en África. Cuando se piensa en la propia salud o en la de la familia, todos sabemos que la calidad de los cuidados depende, ante todo, del profesional. Pero parece que no es así como lo ve la Comisión Europea.

Los pacientes tienen todo que ganar si los profesionales reciben una parte suficiente del presupuesto nacional de atención sanitaria y si se aseguran de que el profesionalismo sea objeto de una política. Y todo que perder con la reducción del gasto público en salud en el período que precede a la privatización del financiamiento del cuidado. Pero la Comisión es el centro de un intenso cabil-

deo, que apunta a dos cosas: maximizar la transferencia del gasto público en salud a la industria y a los bancos de seguros; y desfinanciar la salud hasta que se privatice el seguro médico. Después (en 1996 en Suiza, en 2006 en Holanda), skyisthelimit: los gastos públicos y privados navegan hacia las alturas de Estados Unidos, para el mayor beneficio de los inversores. Es así como los bancos de seguros y la industria reducen el paquete para los profesionales de la salud y los pacientes. La Comisión Europea quizá no tenga competencia en materia de asistencia sanitaria (según el artículo 168 del Tratado de Roma), pero las condicionalidades de los préstamos y donaciones comunitarias le permiten imponer su programa de salud a los Estados miembros. La OCDE es la encargada de explicarles el por qué con argumentos tecno-políticos y el cómo.



<sup>a</sup>Unger, J.-P., & De Paepe, P. (2019). 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>

<sup>b</sup>30,000 lobbyists and counting: is Brussels under corporate sway? Ian Traynor, the Guardian; Bartłomiej Kura, Gazeta Wyborcza; Philippe Ricard, Le Monde; Ignacio Fariza Somolinos, El País; Javier Cáceres, Süddeutsche Zeitung; Marco Zetterin, La Stampa. The Guardian, jueves 8 de mayo de 2014A

<sup>c</sup>R.E.Gross. La insoportable vaguedad del "profesionalismo" médico. The New York Times, 19 de marzo de 2024. [https://www.nytimes.com/2024/03/19/health/medical-students-professionalism.html?unlocked\\_article\\_code=1.eE0.eOt0.9eltFS08milV&smid=wa-share](https://www.nytimes.com/2024/03/19/health/medical-students-professionalism.html?unlocked_article_code=1.eE0.eOt0.9eltFS08milV&smid=wa-share)

<sup>d</sup>Unger et al. *BMC Health Services Research* 2020, 20(Supl 2):1068 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05885-0>

## El profesionalismo médico, el de todos los profesionales de la salud

Rachel Gross criticó recientemente, en el New York Times, la relevancia epistémica del concepto de profesionalismo médico. Se le objetará que la falta de profesionalismo de los médicos y profesionales tiene consecuencias epidemiológicas (como la resistencia a la tuberculosis) e incluso demográficas, como el déficit asiático de decenas de millones de mujeres; y que, como tal, la falta de profesionalismo médico merece ser portada en la prensa general y la prioridad de los programas de salud.

La economía neoclásica parte del hecho de que el médico, como cualquier ser humano, actúa racionalmente para maximizar su beneficio (su 'utilidad'). Por el contrario, todas las versiones del juramento hipocrático incluyen una cláusula de benevolencia desinteresada. Esta disposición tiene por objeto proteger al paciente de la mayor asimetría de información: entre un médico omnisciente y un paciente que está ansioso por la enfermedad. Los supuestos de Hipócrates y León Walras son radicalmente incompatibles.

## " Todas las versiones del juramento hipocrático incluyen una cláusula de benevolencia desinteresada."

El profesionalismo médico condiciona la posibilidad de un modelo humano de atención a la salud. Tales modelos son numerosos en todo el mundo. En la medicina occidental moderna, es biopsicosocial y centrado en el paciente; en la medicina ayurvédica, es la Ayurveda Chikitsa; en la medicina Han, es el Zhongyi ( 中 医 ); o el modelo Tibb e Unani, de la antigua medicina greco-árabe, aún

practicada por los curanderos Unani de Irán, India y Pakistán. Incluso los modelos de atención de la medicina chamánica y la medicina tradicional africana tienen cada uno una cierta unidad, aunque no tengan nombre. Lo que todos los modelos humanos de atención de la salud tienen en común es que no someten la toma de decisiones clínicas a una estandarización radical y dejan que surjan de la experiencia del cuidador y del paciente, así como de su comunicación. En medicina convencional, los médicos deben adaptar las recomendaciones científicas al caso de cada paciente<sup>e</sup> y proporcionar asistencia psicosocial. Esto requiere cierta libertad de acción y, por tanto, la interiorización de una ética. El papel de las facultades de medicina y de los servicios de salud es transmitir el profesionalismo médico y convencer a los profesionales de aceptar su disciplina. En este caso, la ascesis médica se caracteriza por una actitud reflexiva; la búsqueda de la mejora; trabajo en equipo; coordinación de la atención; la transmisión de conocimientos; y una sumisión inteligente a un complejo de normas éticas y deontológicas. Para apoyar esta ascesis, Pellegrino y Thomasma habían formulado una ética socrática convincente de las virtudes del profesional<sup>f</sup>.

El profesionalismo médico concierne a todas las profesiones sanitarias y a su enseñanza. No nos equivocamos cuando hablamos del profesionalismo médico de una matrona: en primer lugar, porque la reflexividad, la perfección y la superación de uno mismo conciernen a todos los cuidadores; en segundo lugar, porque en el ámbito de la salud no es una ética profesional que no tiene sus raíces en una u otra tradición médica: hipocrática, ayurvédica, han, unani o chamánica.

## Una teoría de la desfinanciación de la atención médica

Hace cuatro años, la Comisión Europea publicó un informe con la OCDE titulado «Health at a Glance 2020», que pretendía demostrar, entre otras cosas, que para la salud de las poblaciones europeas, la prevención primaria de las enfermedades era más importante que la atención<sup>g</sup>. En

<sup>e</sup>Greenhalgh T., Howick J. &Maskrey N. Evidencebased medicine: a movement in crisis? BMJ 2014;348:g25. doi: 10.1136/bmj.g3725 (Published 13 June 2014)

<sup>f</sup>Pellegrino E.D. &Thomasma D.C. Thevirtues in medical practice. Oxford UniversityPress, New York, 1993

<sup>g</sup>OCDE/Unión Europea (2020), Health at a Glance: Europe 2020: StateofHealth in the EU Cycle, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.



este documento, la CE y la OCDE explicaban a los gobiernos de la UE lo que hacer, comparando:

- La mortalidad vulnerable a la atención clínica.

- La mortalidad vulnerable a lo que los autores denominaron "prevención primaria", término que se refería al control epidemiológico de tóxicos industriales de uso humano (tabaco, alcohol, comida rápida, gaseosas y alimentos industriales altamente procesados), así como a la promoción del ejercicio físico.

Invertir en prevención no implica necesariamente desfinanciar la atención clínica, dirá, pero el informe se presta a esta lectura, ya que compara la "prevención primaria" con la atención de la salud por sus méritos de evitar la muerte. Afirma que uno de los dos componentes de la mortalidad evitable -la mortalidad vulnerable a la "prevención primaria"- era mucho mayor en la Unión Europea (64%) que el otro, la "mortalidad vulnerable a la atención" (36%): «En 2017, se podrían haber evitado más de un millón de muertes prematuras en los países de la UE con mejores intervenciones de

prevención y asistencia sanitaria. Esto representa alrededor de dos tercios de las muertes que ocurrieron antes de los 75 años.<sup>h</sup> De estas muertes, la mayoría (644.000, o alrededor del 64% del total) se consideraron prevenibles a través de la prevención primaria eficaz y otras medidas de salud pública, *mientras que* (énfasis añadido) poco más de un tercio (372.000, o alrededor del 36%) se consideraron tratables con intervenciones de atención de salud más eficaces y oportunas.»

Según este informe, si estos programas de prevención primaria fueran 100% efectivos, reducirían la mortalidad evitable europea en un 66%. Y si fueran capaces de controlar los accidentes, la obesidad, la hipertensión y por tanto, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares así como los cánceres, estos programas reducirían la mortalidad evitable europea en el doble de lo que lo hace hoy la atención clínica. La CE y la OCDE daban a entender que la atención clínica de la salud podría ser sustituido en parte por la prevención primaria, es decir, por leyes, reglamentos y programas de salud pública que salvarían más vidas y ahorrarían más finanzas públicas que la atención de la salud.

<sup>h</sup>Lo que los especialistas llaman mortalidad prematura.

<sup>i</sup>Por ejemplo, en Bélgica, hubo un caso de fallecimiento por tos ferina en 2015. El siguiente ocurrió en 2023. La Agencia Valona para una Vida de Calidad, AVIQ, citada por la Radio Televisión Belga Francófona, RTBF. (<https://www.rtbfb.be/article/la-coqueluche-est-de-retour-en-wallonie-faut-il-s-en-inquieter-11331134>)

En última instancia, para la CE y la OCDE, las dos opciones disponibles para los gobiernos serían los programas de salud pública que permitan actuar sobre los tóxicos industriales de uso humano antes de la aparición de enfermedades; y la atención clínica de la salud, que se utiliza después de la aparición de los síntomas o mediante el cribado.

Obviamente, la solución al tabaquismo, al sobrepeso, a la obesidad y, más allá de eso, a la alta prevalencia de neoplasias y enfermedades cardiovasculares, radica en prohibir el tabaco, las gaseosas y los alimentos industriales altamente procesados. Sin embargo, la mortalidad vulnerable a la atención es probablemente mayor que el control de los tóxicos industriales para uso humano, por varias razones.

Pasemos por alto el hecho de que Health at a Glance 2020 descuida la prevención secundaria y terciaria, así como la utilidad de los cuidados para aliviar el sufrimiento y calmar la ansiedad. Su principal problema es que malinterpreta el significado epidemiológico de la mortalidad evitable. A diferencia de la terapia, la prevención primaria solo modifica la mortalidad evitable de forma negativa mientras la mortalidad vulnerable a la atención indica prioridades para la atención y el acceso al tratamiento. Los gobiernos europeos mantienen alta la cobertura de vacunación, aunque la tos ferina y la poliomielitis han cuasi-desaparecido de las estadísticas de mortalidad prevenible desde hace mucho tiempo<sup>i</sup>. Cuando el sarampión está ausente de los datos de mortalidad vulnerable a la vacunación, significa que su tasa de cobertura debe mantenerse. El informe subestima el impacto de la atención en la mortalidad evitable en Europa porque no distingue entre cómo la prevención primaria y el tratamiento cambian las tasas de mortalidad vulnerable y olvida la existencia de la prevención clínica primaria, mientras que todo cuidado incluye necesariamente una parte de prevención y educación sanitaria.

El caso del tabaco revela otro error por parte de los autores del informe. Si el control del tabaco fuera 100% efectivo, según los datos del informe, reduciría la mortalidad prematura en un 31,5%, es decir, en Europa, el 23% del cáncer de pulmón, el

6% de la EPOC y el 2,5% de la cardiopatía isquémica (el 21% de las cardiopatías coronarias está ligada al tabaco). ¡Pero con sí, embotellaríamos París! LaCE y la OCDE sobreestiman la capacidad de la legislación y de los programas de "prevención primaria" para eliminar estas sustancias tóxicas. El tabaquismo sigue siendo obstinadamente la principal causa de mortalidad por las enfermedades vulnerables a la prevención primaria. Si hoy aparece en las estadísticas de mortalidad evitable es porque, por el contrario, el tabaquismo ha acabado siendo bastante resistente a los programas de control de tóxicos industriales de uso humano: la eficacia del control antitabaco se ha estancado desde hace décadas (y la obesidad es más epidémica que endémica):

## " El tabaquismo, la principal causa de mortalidad por enfermedades vulnerables a la prevención primaria."

Los responsables políticos se equivocarían al invocar la mortalidad vulnerable para aumentar la financiación de lo que la Comisión denomina 'prevención primaria' porque la cuestión de fondo es la regulación del tabaco y de los alimentos industriales altamente elaborados. En el caso de las sustancias tóxicas industriales de uso humano, la tasa de mortalidad vulnerable es una tasa de mortalidad invulnerable, una tasa de mortalidad no evitada durante decenios. Esto no significa que los programas de control sean inútiles: si se eliminan, la mortalidad se recuperará. Pero en ausencia de una regulación represiva, se establece un equilibrio entre las molestias y los programas de control, alcanzan una velocidad de crucero. Su eficacia es limitada.

### Una política de profesionalismo médico, el de todos los profesionales de la salud.

He aquí algunos análisis y propuestas políticas, dirigidas a los profesionales de la salud y a los

<sup>i</sup>WHO, OMS, TheUniversityof Newcastle (Australia) and theWorld Heart Federation. Tabac et cardiopathiescoronariennes (septembre 2020).

<sup>k</sup>Ernest L. Wynder et Everts A. Graham, « Tobacco smoking as a possibleetiologic factor in bronchiogenic carcinoma », JAMA, 1950;143 (4):329-336

Observatoirefrançais des drogues et des tendancesaddictives. Juin 2019. Usageactuel (occasionnelourégulier) de tabacparmi les 18-75 ans. Évolutionsdepuis 1974

<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-lusage-occasionnel-ou-regulier-par-mi-les-18-75-ans/>

partidos cuyas preocupaciones son sociales. Conciernen a la asistencia sanitaria en Europa, pero también en África, ya que la cooperación sanitaria europea tiene un impacto decisivo en ella. Amigo lector, usted tendrá que hacer una lectura cruzada, imaginar soluciones africanas a problemas europeos y viceversa. Algunas soluciones podrían tener validez universal. A juzgar por ustedes.

### **Una política educativa: la transmisión de una cultura en la facultad y en los servicios de salud.**

¿Cómo se promueve el profesionalismo médico? Para saberlo, hay que echar un vistazo al espejo retrovisor y observar las universidades y hospitales europeos del siglo XX. En esa época, había

una variedad de herramientas para desarrollar el profesionalismo médico de estudiantes y profesionales. Los docentes y los directivos utilizaban las pasantías y las formaciones en el curso de la carrera para mejorar la capacidad resolutoria de los profesionales; el cuestionamiento filosófico sobre los casos clínicos, para estimular la reflexión ética; la supervisión psicológica de un equipo multidisciplinar, en aras de la eficacia; y el coaching y la supervisión pedagógica para la educación continua. Algunas técnicas fueron diseñadas para favorecer la reflexividad clínica. Su objetivo era que el cuidador nunca cometiera el mismo error dos veces. Aquí están algunos ejemplos: la técnica del incidente crítico, la discusión de los indicadores de la producción del cuidado, las presentaciones del caso clínico, la auditoría, la investigación-acción, los grupos Balint, el Intervision, la lectura crítica



de la literatura médica, la coordinación clínica interinstitucional y otras. No interesa a ningún paciente que estas técnicas desaparezcan, pero en un contexto marcado por la creciente eficacia de la industria para captar los gastos públicos<sup>m</sup>, las mejoras de eficiencia del sector asistencial se logran acelerando el ritmo de los cuidadores y su-

primiendo sus actividades no clínicas. Deberían financiarse de manera adecuada. Los docentes de la facultad y los responsables de los servicios de salud tienen una responsabilidad moral en la difusión de las metodologías del profesionalismo y la ética médica.

El marco de referencia para la educación biomédica es la competencia. Transmitir una competencia es dar a un individuo la capacidad de aplicar y utilizar en situaciones concretas, un conjunto de conocimientos y habilidades prácticas. La transmisión de competencias es el paradigma de la educación industrial. Aplicado a la educación médica, su desventaja es que no deja espacio para la ética en la toma de decisiones clínicas. La educación médica basada en la transmisión de competencias no abre a la práctica de la medicina, ni siquiera fáctica: Archibald Cochrane, fundador del llamado movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia, consideraba que las decisiones clínicas deben adaptarse a la condición del paciente, a sus convicciones y a las del profesional.

## " la enseñanza de la medicina adquiere un enfoque cuantitativo, probabilístico."

Enquistada en un programa de educación médica, la transmisión de competencias puede ser útil. Pero han pasado más de 20 años desde que la enseñanza biomédica reemplazó a la educación médica hipocrática y el programa de las facultades se reduce cada vez más a una suma de competencias para transmitir. Los responsables académicos ven cada vez menos la medicina como un fin ético en sí mismo, la medicina como una ascética y la facultad como un lugar de educación, si no de capacitación. ¿Biomedicina o medicina humana? Esta es la cuestión pedagógica que condiciona todas las demás y que se plantea en todas las universidades. Y parece que está resuelto: la dirección de las facultades de medicina está pasando de los clínicos a médicos bioingenieros, epidemiólogos e informáticos. Dado que la práctica médica solo interesa a la investigación biomédica en la idea de reemplazar al profesional por una máquina, la enseñanza de la medicina adquiere un enfoque cuantitativo, probabilístico, que descuida todo lo relacionado con el profesionalismo médico: la intuición semiológica<sup>1</sup>; la obediencia a una ética; el arte de la negociación terapéutica;

la asistencia médica psicosocial; habilidades de comunicación y comportamiento; psicoterapias no conductuales; trabajo en equipo; reflexividad; y transmisión. Si queremos evitar que la atención empeore aún más en Europa, deberíamos rehabilitar estas actividades, tanto en la universidad como en los servicios de salud. Se trata de humanizar la atención mientras se la racionaliza.



<sup>m</sup>Todas estas técnicas se siguen utilizando en la Oficina de Nacimiento e Infancia, el organismo público de medicina preventiva de la Federación Valonia-Bruselas, Bélgica.

<sup>n</sup>La intuición semiológica se refiere a la detección precoz, la comprensión holística, la orientación diagnóstica, la toma de decisiones clínicas rápida y la relación médico-paciente.



En cuanto a la medicina de salud pública, la investigación biomédica se centra en la epidemiología clínica y en la aplicación de equipos médicos y productos farmacéuticos. En las escuelas y en los programas de salud pública financiados con fondos públicos, se trata de rehabilitar todo lo demás: la maximización del impacto del médico sobre la salud del individuo, de la familia y de la comunidad; la reflexión estratégica, el análisis sociológico y antropológico, la intervención en los sistemas de salud; la gestión de los servicios con finalidad social y profesional; las relaciones entre salud pública y medicina clínica, la investigación-acción profesional y comunitaria, entre otros.

### **Gestión participativa de los servicios de salud públicos y no comerciales.**

La organización del trabajo basada en el equipo interdisciplinario de profesionales es un criterio para la calidad de la atención. Un grado de cogestión de los servicios públicos, cuando existe, permite responsabilizar colectivamente a los profesionales de la calidad de la atención. Este efecto se ve reforzado por la creación de flujos ascendentes de conocimientos y decisiones en los servicios y sistemas de salud. Esto sólo es posible en hospitales y servicios con finalidad pública, es

decir, social y profesional, porque no es la cooperación interpersonal sino la competencia la que rige a aquellos servicios de salud cuya finalidad es comercial e industrial.

### **Una dirección del profesionalismo médico en los hospitales y las redes asistenciales.**

Si se admite que la calidad de la atención es ante todo el profesionalismo humano, los sistemas y los servicios de salud deberían cultivarlo. Mediante la creación de una Dirección de Profesionalismo Médico, los hospitales (y los ministerios de salud) podrían mejorar las condiciones de trabajo de los cuidadores y su poder sobre el entorno laboral. Podrían estimular la reflexividad de los cuidadores difundiendo metodologías adecuadas; velar por que el tiempo de comunicación sea suficiente durante la consulta; organizar el trabajo en equipo; garantizar el acompañamiento psicológico de los profesionales; desarrollar los flujos ascendentes de conocimiento, información y decisiones; generalizar la investigación-acción; estructurar la educación médica continuada para transmitir el profesionalismo médico; y fomentar la participación de los profesionales en la gobernanza del hospital.

## PARA UNA COOPERACIÓN EUROPEA EN PROFESIONALISMO MÉDICO, EL DE TODOS LOS CUIDADORES.

Las políticas de salud africanas, las políticas exteriores europeas y la cooperación internacional parecen ignorar hasta qué punto las enfermedades endémicas psicosociales y la aculturación son desestabilizadoras, y hasta qué punto influyen en la mortalidad y la migración<sup>o</sup>. Y pocos líderes se dan cuenta del potencial de la asistencia médica psicosocial, la terapia familiar sistémica y el aprendizaje de la antropología social y cultural en medicina para prevenir la violencia de género, doméstica y comunitaria.

El modelo de atención biopsicosocial y centrada en el paciente surge como referencia teórica indiscutible de los médicos, pero los pacientes africanos siguen esperando que las políticas, la cooperación multilateral y algunos organismos bilaterales de cooperación difunden este modelo entre ellos. Pueden esperar mucho tiempo. El contexto geopolítico no se presta a ello: los Estados están sobreendeudados, implosionan lentamente, los programas multilaterales de salud pública pesan mucho en sus cuentas<sup>p</sup>. Aquí es porque se puede pensar que su lógica comercial no es compatible con un modelo humano de asistencia sanitaria.

Los programas internacionales de salud pública constituyen la espina dorsal de la cooperación multilateral. Están organizados en asociaciones públicas/privadas llamadas Iniciativas Globales de Salud (IGS, o en inglés, Global Health Initiatives) y sus dos misiones son epidemiológicas y comerciales. La primera consiste en controlar en un territorio la frecuencia de una enfermedad o de un grupo de enfermedades y reducir la mortalidad que le (les) es atribuible. La segunda es el beneficio y, para hacerlo, las IGS venden productos que distribuyen a la población - medicamentos, equipos y asesoramiento adquiridos a precio reducido por un gobierno europeo o americano a sus empresas. Estas últimas son las grandes beneficiarias de la

operación: la ayuda internacional les abre mercados que de otro modo no existirían; y pone a disposición de la industria participante, el personal y la infraestructura de la primera línea de servicios públicos africanos. Así, sin tener que financiar los costes de funcionamiento, la industria europea utiliza los centros de salud africanos como tiendas de salud pública y centros repartidores de su cadena de distribución<sup>q</sup>; y por iniciativa de la cooperación internacional, los africanos subvencionan la industria europea con sus servicios públicos, su acceso a la atención médica y su mortalidad<sup>r</sup>.

## Maltrato institucional en los servicios públicos: una absoluta prioridad de salud pública.

La organización de programas de salud pública, que caracteriza la cooperación multilateral, no es compatible con la práctica de la medicina en los servicios de salud en los que interviene - la primera línea de los sistemas de salud africanos. No lo es porque su doble misión, epidemiológica y comercial, determina una estructura nociva para el profesional. Es típica de las asociaciones público/privado en materia de salud, con una cadena de suministro integrada en las consultas de los servicios públicos, pero una administración independiente de los servicios de salud. Está diseñada para permitir que las IGS dicten las actividades de los profesionales paramédicos de los servicios públicos africanos. Esto sólo es posible porque los Estados son incapaces de pagarles decentemente, estrangulados por las condicionalidades de los préstamos internacionales. Así, los algoritmos de los programas de salud pública definen con mucha precisión el trabajo de los paramédicos del servicio público, al menos los de la primera línea - y hacen imposible la comunicación terapéutica, la obediencia a una ética profesional y la medicina humana. Allí, la salud pública libra una guerra despiadada contra la medicina clínica.

El maltrato institucional prevalece en los servicios públicos africanos y, de hecho, en los de los países de ingresos bajos y medianos. Los pacien-

<sup>o</sup> Menjivar, SD Walsh. Gender, violence and migration. In Handbook on Critical Geographies of Migration. Edited by K. Mitchell, R. Jones, J.L. Fluri. Edward Elgar Publishing, 2019.

<sup>p</sup> Se estima que los programas de lucha contra el paludismo, el sida y la vacunación superan por sí solos el 10% del presupuesto sanitario de varios países africanos.

<sup>q</sup> Esta es la razón por la que la privatización de los centros de salud pública nunca ha estado en la agenda del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

<sup>r</sup> International Health and Aid Policies. Editors: J.-P. Unger, P. DePaepe, K. Sen, W. Soors. Cambridge University Press, 2010 (275 pages).

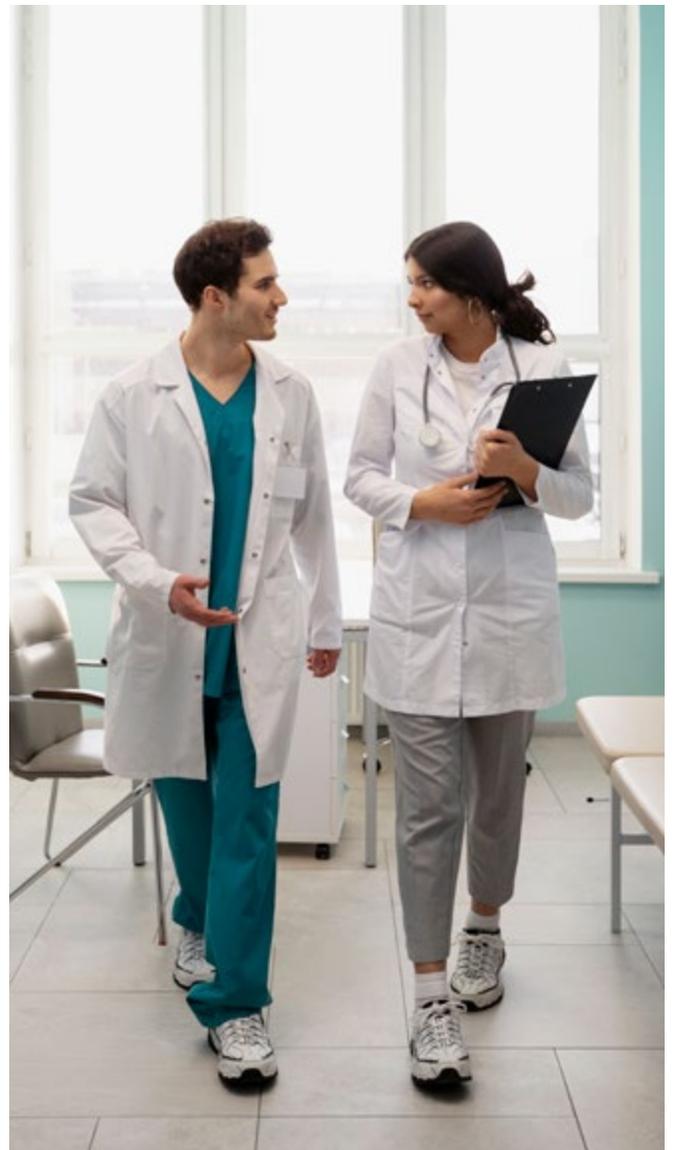
tes y las víctimas de la violencia tienen las peores dificultades para recibir tratamiento. Su tragedia es una acusación contra las políticas internacionales y la cooperación multilateral, que exacerbaban el maltrato al convertir los centros de salud en tiendas repartidoras de productos biomédicos. Las consecuencias son de orden epidemiológico e incluso demográfico.

Tomemos la mortalidad obstétrica. La OMS pide a los países miembros que midan la proporción de partos en medio profesional, ya que se trata de un factor clave de mortalidad materna. Pero entre sus determinantes se encuentra la violencia de algunas matronas del servicio público. Esta violencia es tal que disuade a las mujeres embarazadas de venir a dar a luz. Así, el maltrato institucional es una causa eficaz, aunque indirecta, de mortalidad materna. Es así como el maltrato institucional impulsa al alza la tasa de mortalidad general: limitando el acceso a los cuidados, retrasando los diagnósticos, agravando el pronóstico de numerosas enfermedades y perturbando la continuidad de la atención a las personas que padecen enfermedades crónicas.

Antes, los enfermeros tenían un supervisor, un médico. Hubiéramos preferido un entrenador, un médico, pero tenían uno. Luego la cooperación multilateral lo reemplazó por una serie de supervisores de salud, uno por programa de salud pública, que velaban porque sus decisiones clínicas coincidieran con las normas del programa de salud pública. Y así es, en contradicción con el abc de la dirección y el principio de unidad de mando, que el enfermero se encontró frente a varios responsables, en competencia unos con otros por su tiempo de trabajo, sus decisiones, y que no veían en él un profesional sanitario, si no un obrero. Para imaginar la violencia de la negación, hay que recordar que estos enfermeros habían estudiado movidos tanto por un ideal como por el deseo de mantener a su familia, ya que es también, así como se ven las cosas por el lado de los profesores, en las escuelas de enfermería. Pero cuando el paramédico descubre la función pública, el despertar es doloroso. Los programas de control de enfermedades deterioran la comunicación terapéutica al salpicar lo que comprende de la experiencia de la víctima o del paciente. Y al abolir la autonomía profesional, los programas de salud pública le impiden obedecer a su ética médica. ¿Por qué los paramédicos no ven la necesidad de hablar con sus pacientes? La ven tanto menos cuanto que saben, por el contrario, que su escucha puede ser dolorosa si siente

un poco de empatía. Se llama trauma vicario o secundario, un estrés agudo ('Post-traumatic stress syndrome') relacionado con la escucha empática del relato traumático de una víctima primaria.

Las indignas condiciones de vida y de trabajo de los paramédicos los hacen inaptos para la comunicación clínica y la práctica médica. El abuso que sufren los vuelve violentos. Los que pagan el precio son los pacientes más débiles: las mujeres más que los hombres, los indigentes, los miembros de las minorías étnicas y de las castas inferiores, los nómadas, algunas familias de antiguos esclavos, los homosexuales, los discapacitados y los analfabetos. Comúnmente, el maltrato institucional de los servicios públicos adopta una forma racista.



Es hora de que los gobiernos africanos y la cooperación internacional aborden el problema. Para poner fin a este escándalo, pueden influir en las condiciones de vida y de trabajo de los cuidadores de primera línea; pero también es necesario darles sentido a la práctica profesional. Mediante la inclusión de la asistencia psicosocial en el programa de educación médica permanente, los gobiernos y la cooperación podrían mejorar la calidad y la accesibilidad de la atención a bajo costo. Tal enseñanza es una prioridad de salud pública absoluta porque da al cuidador una razón para hablar con su paciente y porque los cuidados biopsicosociales tienen en los territorios un extraordinario efecto estabilizador, como lo demuestra la experiencia costarricense.

### **Un programa nacional para las enfermedades endémicas psicosociales.**

¿Para qué podría servir un programa nacional o regional de endemias psicosociales y violencia de género? En primer lugar, formar a los profesionales de primera línea en la clínica de violencia y en la asistencia psicosocial en medicina. En segundo lugar, capacitarlos a la lucha contra la aculturación, el patriarcado y la endogamia urbana - en las zonas rurales, es pena perdida. Con este fin, es útil generalizar la enseñanza de los principios de la terapia familiar sistémica en las facultades, las escuelas de enfermería y los servicios de salud; desarrollar la medicina comunitaria; y estimular la investigación-acción en estos ámbitos.

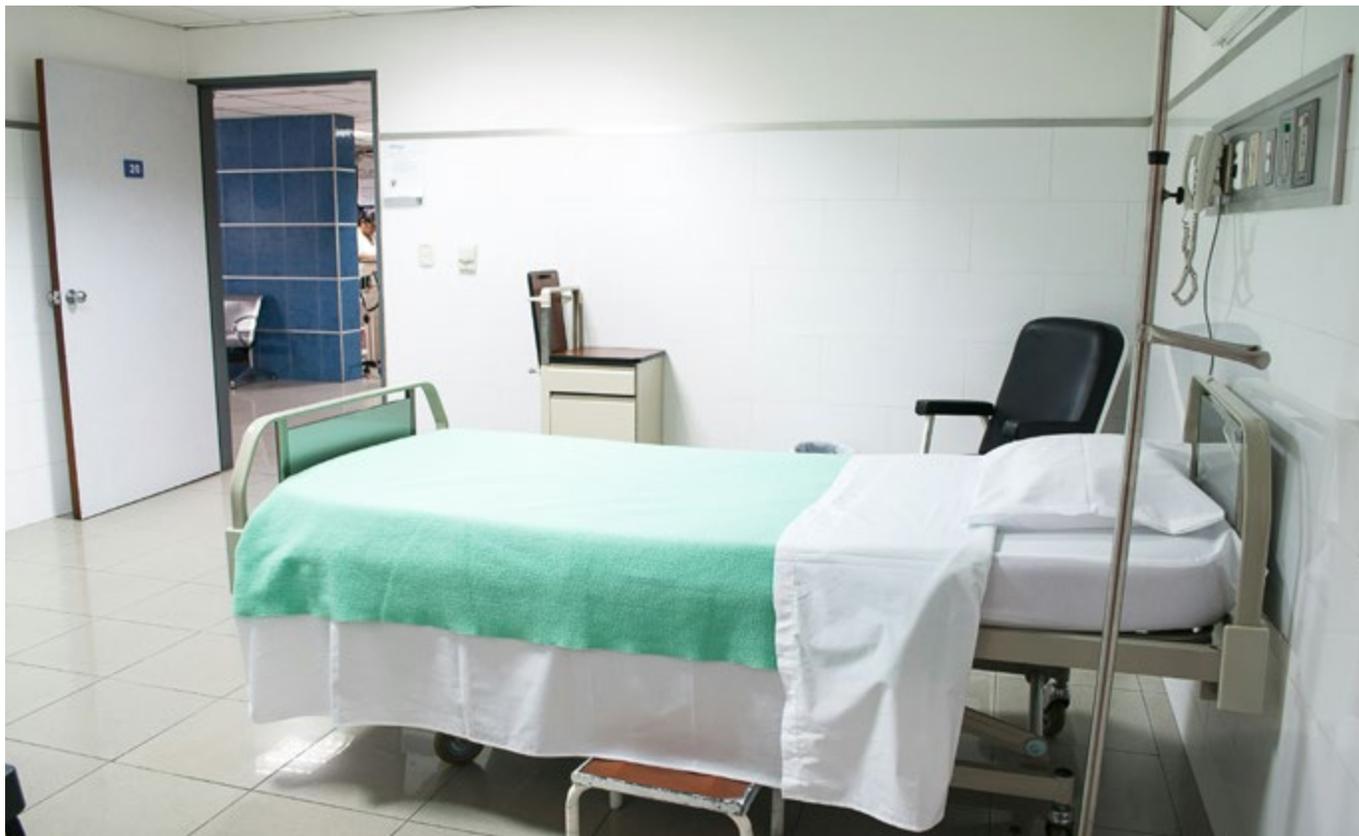


### **Organizar en sistema el sector de los servicios de salud con finalidad pública.**

El sistema de salud pública debería articular los servicios de salud del Estado, las regiones, los municipios, los organismos de seguridad social, las ONG y las iglesias de manera que formen un sistema integrado. Con financiación pública, cada gobierno puede promover el propósito social, profesional y cultural de la atención de salud. Es antitético e incompatible con su lógica comercial e industrial.

### **Por una alianza política inusual: profesionales de la salud e industriales (cuya actividad no es la salud).**

Cuando se piensa en la palabra competencia, se suele pensar en la que enfrenta a las empresas unas con otras. Y a veces se olvida la existencia de otra, intersectorial, cuyo teatro de operaciones es la economía política. Ahora esta competencia intersectorial es particularmente intensa en salud. ¡Cuando el 18% del PIB va a la salud, el 82% no va!



8,8% es el promedio en los países de la OCDE; 18% es en los Estados-EE.UU. El 9 % del PIB europeo podría cambiar de mano en caso de privatización de los seguros de salud. Los riesgos son colosales.

Los industriales que no invierten en salud tienen, en el campo de la atención y de la cooperación, intereses opuestos a los de las industrias médicas y farmacéuticas: necesitan paz y estabilidad, y la asistencia médica psicosocial y la medicina comunitaria contribuyen eficazmente a ello. Y necesitan eficiencia en el uso del presupuesto público. Ahora bien, la financiación pública de la medicina biopsicosocial es garantía de estabilidad, de calidad de los cuidados y de funcionalidad de la mano de obra. Por el contrario, esta financiación es un coste de oportunidad para las empresas médicas y farmacéuticas. En materia de acceso a la atención sanitaria, los intereses de la mayoría de los industriales coinciden con los de los profesionales de la salud y esta convergencia podría dar lugar a una coalición política inusitada. Con excepción de las empresas médicas y farmacéuticas, así como de los bancos de seguros, ningún sector industrial europeo tiene interés en descuidar el potencial de la asistencia médica psicosocial.

Los ministerios de salud y de cooperación internacional pueden hacer una contribución contundente a la estabilización de un territorio, si están dispuestos a seguir una lógica médica y antropológica y no solo responder a preocupaciones epidemiológicas, a una agenda socioeconómica y a criterios ecológicos. Por ello, la Europa conservadora tendría interés en que la cooperación internacional se dedique al tratamiento clínico de los sufrimientos psicosociales y humanice la atención en los servicios públicos, derogando la doctrina neoliberal que establece que los servicios públicos no tienen derecho a responder a la demanda de atención clínica para no competir con el sector médico privado. Después de una serie de reveses en África Occidental y una pérdida de influencia en el Sur Global, ¿comprenderán finalmente los líderes europeos el papel destabilizador de las enfermedades endémicas psicosociales y la aculturación, así como la importancia de la asistencia psicosocial en la primera línea de atención? ¿Descubrirá un partido político la importancia de acabar con el maltrato institucional en los servicios públicos de la salud?