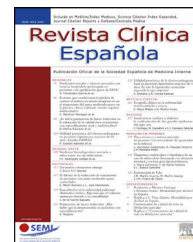




Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



CORRESPONDENCIA

Pandemia COVID-19, profesionalismo y contrato social



COVID-19 pandemic, professionalism, and the social contract

Sr. Director:

La pandemia COVID-19 ha supuesto un enorme reto no tan solo al sistema sanitario sino a la misma profesión médica, y ha mostrado la necesidad de una pendiente e ineludible reforma para adaptarlo al siglo XXI.

Pero urge también un cambio más profundo en el contrato social implícito de las profesiones sanitarias con la sociedad, es decir, qué esperan los pacientes y la sociedad de la profesión médica, y qué espera esta encontrar en la sociedad.

Venimos de una tradición milenaria en la que el contrato implícito, en palabras de Jovell¹, «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 autorregularse».

Sin embargo, cabe preguntarse si, en estos términos, este contrato implícito sigue vigente en la sociedad actual y, sobre todo, si es útil para afrontar los retos del futuro. Los valores profesionales exigibles, que emergen de los cambios sociales y la mirada bioética, se han redefinido con el compromiso social, la efectividad y eficiencia, la afectividad y empatía, el respeto a la autonomía del paciente, el compromiso con la salud pública, el compromiso con el medio ambiente, con el progreso de la ciencia médica, con la transmisión del conocimiento, habilidades y actitudes y con la autorregulación de la profesión².

Aquel contrato previo no se corresponde con el contexto actual del ejercicio profesional, altamente corporativizado, en el seno de organizaciones sanitarias burocratizadas, con la gestión centralizada, limitaciones de la autonomía profesional, gran presión asistencial, vergonzosa precariedad laboral de los jóvenes y salarios bajos. Todo ello asociado a expectativas desmesuradas por parte de la sociedad, con relación a las posibilidades, disponibilidad y acceso a la atención sanitaria.

Smith³ hablaba del «falso contrato social» según el cual los pacientes y la sociedad esperan de los médicos soluciones (casi milagrosas) de todos los problemas, incluso los sociales,

con baja aceptación de la finitud y la muerte, y presuponían que los médicos tenían un estatus e ingresos elevados. Este autor reclamaba un nuevo contrato social que incorpore la enfermedad, la muerte y el dolor como parte de la vida, en los que la medicina tiene ciertas posibilidades de intervención, pero limitadas, que acepte que los médicos no son infalibles y que ellos también requieren soporte, y evite promesas políticas extravagantes y la demagogia de derechos ilimitados sin deberes.

El «desajuste» entre contrato social implícito (lo que la sociedad y las personas esperan de los médicos) y el contrato social explícito (condiciones del ejercicio profesional, contractuales y laborales) podría estar en la base del creciente malestar, el *burnout* en la profesión médica, con un elevado porcentaje de profesionales quemados, exhaustos y desmotivados⁴.

Las consecuencias de un mayor *burnout* son elevadas tanto a nivel profesional, con peor calidad de cuidados, mayor número de errores médicos o peor trato percibido por el paciente, como a nivel personal, con menor nivel de empatía, peor calidad de vida, insatisfacción laboral o con mayor riesgo en general para su salud mental⁴⁻⁷.

Ofri⁸ comentaba que este malestar es más profundo que la definición estándar de *burnout*: «la desesperación que veo hoy entre nuestros colegas es más que un agotamiento, es una traición a la confianza que le dimos a nuestra propia profesión». La epidemia de *burnout* correspondería más a la decepción de los médicos con la forma del ejercicio profesional actual, industrializada, con elevadas exigencias por parte del sistema más allá de la propia atención sanitaria.

En esta tesitura llegó la pandemia COVID-19. Los profesionales sanitarios han dado respuesta a las elevadas demandas de forma ejemplar, siguiendo el viejo contrato social, con elevada muestra de altruismo y realizando actos supererogatorios de forma generalizada y amplia, como asumir el riesgo de contagio con protecciones insuficientes, aceptar la flexibilidad horaria, la desespecialización o el desarrollo de funciones asistenciales y organizativas no habituales.

La pandemia ha puesto de manifiesto, de forma más clara y evidente, el desajuste y la asimetría entre el cumplimiento de las 2 partes del contrato social. Y cómo este desfase ha supuesto un elevado coste en los profesionales sanitarios, desde el punto de vista físico, psicológico o ético, que se suma a las dificultades ya previas.

Pero la pandemia puede suponer también un punto de inflexión y de redefinición en el ámbito sanitario. Entre

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.04.004>

0014-2565/© 2021 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

los cambios necesarios en el ejercicio de la medicina pospandemia será imprescindible una coherencia clara entre contrato social implícito y explícito, un nuevo contrato que sea, como comentaba Jovell, «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»¹.

Algunos factores, en esta coherencia, deberán abordar la adecuación contractual y salarial acorde a la responsabilidad, pero también aspectos relacionados con el propio ejercicio de la medicina, como la necesidad de recuperar autonomía profesional, competencia y sentido de pertenencia a la profesión y las instituciones⁹, con la participación en la toma de decisiones a todos los niveles.

Lemaire y Wallace⁴ identifica otros aspectos claves como: la detección de aspectos tóxicos de la profesión médica que causan y mantienen *burnout*, la necesidad de fomentar el liderazgo clínico y una cultura organizacional de apoyo, así como considerar el bienestar de los médicos como parte central de la atención al paciente y como un indicador de calidad para todo sistema de salud.

Por todo ello, más que un modelo de atención centrado en el paciente quizás deberíamos hablar de un modelo «alineado» entre personas atendidas, profesionales sanitarios, instituciones y políticas sanitarias. Un objetivo primordial será pues alinear de forma coherente valores, creencias, cargas y responsabilidades entre todos los agentes que conforman el contrato social.

La profesión médica para el siglo XXI requiere por supuesto reforzar los valores del profesionalismo, pero solo podrá llevarse a cabo de forma conjunta con un sistema sanitario que permita unas condiciones adecuadas del ejercicio profesional y una sociedad que reconozca y acepte que devolver la dignidad profesional no es otorgar privilegios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Jovell A. Contrato social y valores en la profesión médica. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:495–503.
2. Freidson E. *Professionalism. The third logic.* Chicago: The University of Chicago Press; 2001.
3. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ.* 2001;322:1074–5.
4. Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. *BMJ.* 2017;14:j3360, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3360>.
5. Yugüero O, Marsal JR, Buti M, Esquerda M, Soler-Gonzalez J. Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC Med Ethics.* 2017;18:1–8.
6. Macía-Rodríguez C, Martín Iglesias D, Moreno Díaz J, Aranda Sánchez M, Ortiz Llauredó G, Montaña Martínez A, et al. Burnout syndrome in internal medicine specialists and factors associated with its onset. *Rev Clin Esp.* 2020;220:331–8.
7. Bouza E, Gil-Monte PR, Palomo E, en representación del Grupo de trabajo para deliberar sobre el síndrome de quemarse por el trabajo burnout en los médicos de España; Componentes del Grupo de trabajo para deliberar sobre el síndrome de quemarse por el trabajo burnout en los médicos de España. Work-related burnout syndrome in physicians in Spain. *Rev Clin Esp.* 2020;220:359–63.
8. Ofri D. The covenant. *Acad Med.* 2019;94:1646–8.
9. Hartzband P, Groopman J. Physician burnout, interrupted. *N Engl J Med.* 2020;382:2485–7.

M. Esquerda^{a,b,c,*} y J. Teres^d

^a *Comissió de Deontologia Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, Barcelona, España*

^b *Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España*

^c *Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida, Lleida, España*

^d *Comissió de Deontologia Col·legi de Metges de Barcelona, Barcelona, España*

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mesquerda@comll.cat (M. Esquerda).