

Los valores de la medicina de familia en la era de los populismos neoliberales (I): Naturaleza del ?daño moral?



Roger Ruiz Moral. Médico de Familia y Editor de **Doctutor Resumen:** Este primer artículo señala como las políticas economicistas neoliberales están teniendo un impacto muy negativo en la atención sanitaria y son en gran medida el origen de lo que, para diferenciar del burnout, llamo ?daño moral? en el médico de familia, en la medida en que dichas políticas socaban los valores profesionales del médico de familia (su identidad como tal) y la esencia o atributos y valores fundamentales de su especialidad. Para ello explico cual es la naturaleza general de los valores y argumento como conocimiento y habilidad están siempre supeditados a la consecución de los atributos y valores concretos que definen y justifican moralmente esa profesión concreta. En el otro artículo que se publica en este mismo número de **Doctutor** como segunda parte de este, presentamos un trabajo de investigación que apunta la hipótesis de que en el ambiente creado por esas políticas neoliberales, esos mismos valores amenazados representan para el médico la fuente principal tanto de su gratificación personal como de su resiliencia, a la vez que se apunta sobre cuáles deberían ser las estrategias más idóneas para preservar una práctica clínica por parte del MF eficaz y virtuosa en este ambiente hostil.

The Values ??of Family Medicine in the Era of Neoliberal Populisms (I): The Nature of ?Moral Injury? Abstract: This first article points out how neoliberal economic policies are having a very negative impact on healthcare and are largely the origin of what I call ?moral injury? in family physicians, to differentiate it from burnout. This harm arises insofar as these policies undermine the professional values ??of family physicians (their identity as such) and the essence, or fundamental attributes and values, of their specialty. To this end, I explain the general nature of values ??and argue how knowledge and skill are always subordinate to the achievement of the specific attributes and values ??that morally define and justify that particular profession. In the other article published in this same issue of **Doctutor** as the second part of this one, we present a research paper that suggests the hypothesis that in the environment created by these neoliberal policies, these same threatened values ??represent for the doctor the main source of both, his personal gratification and his resilience, while also pointing out what the most suitable strategies should be to preserve an effective and virtuous clinical practice by the family physician in this hostile environment.

La Medicina de Familia o General (MF) se sostiene desde siempre en unos atributos y valores muy concretos y sobre los que hasta hoy existe un compromiso firme de respeto y para su desarrollo por parte de los propios médicos de familia [1,2]. La amabilidad, el cuidado, la buena comunicación y las relaciones interpersonales, la disponibilidad y accesibilidad, la continuidad de la atención, la compasión, la honestidad, la confianza y el compromiso con las personas, son valores que a su vez son considerados la esencia de la

MF y en ellos descansa el prestigio y el valor que la sociedad concede a esta rama de la medicina. Su relevancia se puede ver en la definición que WONCA Europe proporciona para esta profesión, donde se incluyen como piedras angulares de la práctica clínica [3]. Además, algunos de estos atributos personales y de la especialidad se han relacionado con la satisfacción del paciente y los resultados positivos en salud [4].

Impacto de las políticas neoliberales en la atención sanitaria y el médico

Sin embargo, la práctica de la MF ha cambiado mucho en los últimos años. La mayoría de los gobiernos occidentales han aplicado políticas sanitarias 'neoliberales' [5,6], mercantilizando la atención sanitaria de muchos sistemas de salud pública para convertirla en un mercado cada vez más 'competitivo' [7]. Como resultado, se ha dado prioridad a la productividad y flexibilidad de los empleados, lo que ha provocado un aumento de la inseguridad laboral [8,9], la carga de trabajo y las horas extras no remuneradas [10] y una reducción de la autonomía del médico [11], mientras que se espera que los médicos sigan ofreciendo calidad con menos recursos [8,12]. Al mismo tiempo, también se han producido cambios culturales: los médicos han visto un aumento de la demanda y la experiencia de los pacientes [9,13], así como nuevas tecnologías para administrar y evaluar la atención que prestan [11]. Esto ha supuesto que los médicos de familia tengan que lidiar con entornos cognitivos y emocionales muy exigentes con altas cargas de trabajo y mucha dedicación, y un gran número de ellos no están satisfechos, en particular con las condiciones laborales (remuneración, gestión de tareas) pero también con la aceptación profesional y el reconocimiento social [12,14]. El síndrome de burnout del que en los últimos años padecen muchos médicos es una descripción (no un diagnóstico clínico) del grado de angustia, agotamiento emocional, despersonalización y una sensación de bajo logro personal causado en gran medida por esos factores estresantes descritos relacionados con el trabajo [15]. El número de médicos que padecen esto en Europa varía de uno de cada tres a uno de cada cinco, dependiendo del país [16].

Daño moral en el MF

En este entorno laboral hostil, los médicos de familia luchan por preservar los atributos y valores profesionales, y aunque muchos afrontan esta situación con éxito [17], otros perciben que estos se están erosionando inevitablemente. El agotamiento o burnout puede considerarse una respuesta de salud física y mental al estrés generado por esta situación que ha sido objeto de gran atención en los últimos años. Sin embargo, mucha menos atención se ha prestado al sentimiento de 'decepción' profesional y personal también generado y que tiene como origen la incapacidad del médico de lograr o desarrollar en este ambiente lo que considera su misión o vocación como profesional [18]. Esto conlleva en el profesional una 'pérdida del sentido de ser médico?', lo que refleja un daño diferente al burnout, un daño de tipo 'moral?'. El término 'daño moral?' proviene de la psicología militar y se refiere al trauma psicológico que [19] ocurre cuando ha habido una traición a 'lo que es correcto?', cometida ya sea por una persona con autoridad legítima (la profesión), o por uno mismo; en una situación de alto riesgo [20]. El daño moral destaca sobre todo la importancia práctica de dañar los propios valores. En la tabla 1 destaco las diferencias entre el burnout y el daño moral.

Tabla 1: Diferencias entre Burnout y Daño Moral

<ul style="list-style-type: none">• Burnout (Desgaste Profesional)• Naturaleza Estrés crónico no gestionado.• Causa Principal Sobrecarga, desequilibrio, falta de recursos.• Foco del Problema En la capacidad y resistencia del individuo.• Emociones Centrales Agotamiento, cinismo, desmotivación.• Solución Típica Aumentar la resiliencia, gestión del tiempo, autocuidado (enfoque individual).	<ul style="list-style-type: none">• Daño Moral (Decepción Profesional)• Naturaleza Trauma moral/ético• Causa Principal Transgresión de valores fundamentales por imperativos sistémicos• Foco del Problema En el sistema o institución• Emociones Centrales Culpa, vergüenza, rabia, traición, asco.• Solución Típica Cambios sistémicos, éticos y estructurales (enfoque organizacional).
---	--

Naturaleza de los valores

Para entender bien la situación creada conviene aclarar algunos aspectos sobre el concepto de 'valor?'. Desde E Husserl el dato de conciencia, no es solo lo cognitivo (como hasta entonces había defendido el positivismo), sino también lo intuitivo, es decir, lo

sentido por la vía emocional, así también esas intuiciones pueden considerarse como algo "objetivo". Mientras que por medio de los sentidos y lo cognitivo captamos los hechos, mediante esta vía intuitiva o emocional, es como captamos los valores, es la vía "estimativa" como la llamaba Ortega, el "sentir emocional". Hay por lo tanto una intuición de valores, de los "valores intrínsecos" (o también "valores morales", como lo bueno, el amor, lo bello, etc) tan objetiva ("esas sutiles objetividades", como los catalogaba Ortega) como la de los hechos.*

Por otra parte, valores (sentimientos), creencias y cogniciones, conforman nuestras "actitudes" o nuestro comportamiento ante la vida, es decir nuestra forma de ser y nuestra predisposición a actuar de una forma determinada (en busca de la realización del valor por sí mismo).

Pero además de esos valores intrínsecos, están los otros, los instrumentales o los valores "por referencia" (también llamados "valores extramorales"). Estos los incorporamos en la educación principalmente a través de la mimesis, el modelaje, y entre ellos están los valores profesionales, que como tales valores predispondrán nuestras acciones como médicos al tratar de conseguirlos, conformando así la "profesionalidad" o actitud ética del médico. Lo que como médicos "ganamos" con la actitud de perseguir y conseguir esos valores extramorales (en nuestro caso como médicos de familia, principalmente perseguimos el valor de la sanación o salud, pero también cualquiera de los otros valores profesionales que configuran a la medicina de familia) es que si efectivamente tenemos éxito en su consecución, nuestros pacientes nos consideren a cada uno como un "buen médico". El filósofo alemán discípulo de Husserl, M Scheler, introdujo posteriormente importantes aportaciones en este debate fenomenológico sobre los valores. Sobre todo, este autor creó una ética basada en los valores y por lo tanto distinta y alternativa a la ética kantiana que se fundamenta en la experiencia del deber o de la justicia. No voy a entrar aquí en detalles sobre este tema de gran calado filosófico, pero sí destacaré, por la relación que tiene con el tema que estamos tratando que, para Scheler, solo podemos aspirar a conseguir voluntariamente los valores de tipo extramoral, pero no así los morales. Es más, la pretensión de conseguirlos de forma voluntaria, pretender perseguir la bondad por ejemplo, supondría una actitud impostada o farisaica, por citar el ejemplo descrito en la parábola del fariseo y el publicano, en la que el primero se consideraba ante Jesús como justo (Lucas 18;9-14). Sin embargo, Scheler decía que los valores morales están "a la espalda de los extramorales", es decir, la manera de conseguir aquellos solo puede hacerse a través de perseguir los extramorales³.

De esta manera, y volviendo al asunto que nos ocupa, el médico que se convierte en "buen médico" persiguiendo conscientemente el valor extramoral de la salud, de la buena comunicación con su paciente, de la consideración como persona, de la compasión, etc, llegaría, también así, sin proponérselo a convertirse en un "médico bueno", o lo que es lo mismo en una "buena persona".

Esta actitud (la persecución de los valores extramorales de la medicina) representa el núcleo central de la práctica médica (y práctica es acción, esto es de la ética médica) y es por esto que la educación de los estudiantes de medicina (y la educación en general) lo que fundamentalmente persigue es ayudar a los aprendices a forjarse un "buen carácter" trabajando tanto las actitudes como los hábitos (estos son los modos de actuar que a base de practicarlos los aprendemos e interiorizamos dotándonos de esas habilidades necesarias para alcanzar los fines prácticos de la medicina, en nuestro caso terapéuticos o sanadores). Una educación médica así enfocada hará que el estudiante después en su trabajo como médico tenga esa predisposición a actuar buscando esos valores mediante la puesta en práctica de esos hábitos, conocimientos y habilidades adquiridos, para así conseguir actuaciones médicas efectivas y virtuosas.

Conclusión

En este primer artículo he tratado de argumentar como en cualquier "profesión" (no así en una "ocupación"), el conocimiento y la habilidad están siempre supeditados a atributos y valores concretos que definen y justifican moralmente esa profesión concreta. En nuestro caso, los conocimientos y las habilidades de un médico de familia son la vía para desarrollar los valores que dirigen nuestros actos como médicos de familia. Dicho esto, comprenderemos bien que no es posible renunciar a esos valores sin que a la vez dejemos de ser médicos de familia, es decir, la medicina de familia y sus atributos y valores son una misma cosa, de ahí que el impacto que determinadas políticas sanitarias (las que he denominado neoliberales) están ejerciendo sobre estos valores lo que hacen es amenazar tanto a la esencia de la medicina de familia como especialidad como a la identidad profesional del médico de familia, de ahí el daño moral que conllevan.

Notas

(*) El asunto de la consideración objetiva de los valores tiene su origen a partir de 1900 y la introducción por E. Husserl del método fenomenológico. Este método supone la reducción de las cosas (el poner entre paréntesis todos los conceptos que llevamos sobre el mundo y las cosas que nos rodean) hasta llegar a su esencia o al fenómeno puro, esto es, lo que queda como relación intencional entre mi mente (noesis) y lo que se actualiza en ella a través del fenómeno puro (noema). Sería una forma de ponernos en contacto con la realidad del mundo en el que participan tres vectores: el cognitivo (que actualiza el objeto en tanto que objeto), el emocional y el práctico o volitivo (estos dos últimos para Husserl lo recibirían del cognitivo, pero no para Scheler que prima lo emocional frente a la inteligencia). Es entonces cuando se empieza a hablar de los valores como algo "objetivo". Para Husserl el dato de conciencia, no es solo lo cognitivo, sino lo intuido, lo sentido por la vía emocional, y esto es también objetivo. Los valores intrínsecos son "universales concretos", es decir son un $n=1$ al que tenemos acceso como consecuencia de nuestra "intuición categorial" individual. Frente a esto estaría el "universal abstracto" que iría más allá de la experiencia y que conseguimos mediante métodos como la estadística ($n=X$, pero nunca concreto). Esto implica que la experiencia que tenemos de valores intrínsecos como la belleza o el amor es categorial, es decir se autoafirman en nuestra conciencia por sí mismos adquiriendo así ese carácter universal, se trataría de una "revelación" de algo absolutamente objetivo y válido.

1 **Edmund Husserl** aborda la objetividad de los valores principalmente en sus **investigaciones sobre ética y axiología**, especialmente en las lecciones y manuscritos de sus primeros años del siglo XX, además de la obra **"Ideas para una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica"**. Si bien no existe una única obra con un título específico centrado exclusivamente en la objetividad de los valores, su enfoque axiológico y ético se desarrolla a través de varias publicaciones y escritos tempranos.

2 **José Ortega y Gasset** aborda los valores en su obra **"Introducción a una estimativa"**, un texto donde acuña el término "estimativa" para referirse a su teoría de los valores. En esta obra y en otras, como las recogidas en la antología **"Estimativa y valores"**, analiza la naturaleza de los valores como cualidades objetivas e independientes del juicio subjetivo, diferenciándolos de las cosas.

3 **Max Scheler** establece su ética de los valores en su obra principal, **"El formalismo en la ética y la ética material de los valores"**. En este tratado, critica la ética formal de Kant y propone una ética basada en la **fenomenología de los valores**, que se presentan de forma objetiva y jerárquica a la conciencia.

Referencias

1. Cubaka VK, Dyck C, Dawe R, Alghalyini B, Whalen-Browne M, Cejas G, et al. A global picture of family medicine: the view from a WONCA Storybooth. BMC Fam Pract. 2019;20:129. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1017-5>.
2. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hofman R, Czachowski S, et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. BMC Fam Pract. 2019;20:1?11.
3. WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2002. <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine> Accessed 23 Jul 2020.
4. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, IglesiasPérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract. 2006;23(3):308?16.
5. Sánchez BM. Hacia el estado del malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España [towards the state of discomfort. Neoliberalism and health policy in Spain] (original in Spanish). Madrid: La Catarata; 1998.

6. Illouz E. Cold intimacies: the making of emotional capitalism. Cambridge: Polity; 2007.
7. Greenhalgh T. Future-proofing relationship-based care: a priority for general practice. Br J Gen Pract. 2014. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X682357>.
8. Sánchez Bayle M. La privatización de la asistencia sanitaria en España. [The privatization of healthcare in Spain] (Original in Spanish). Documento de trabajo 182/2014 Fundación Alternativas, 2013. https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/24bb33c2b5a6aca0f1ea50a199da5de7.pdf Accessed 23 Jul 2020.
9. Baird B, Charles A, Honeyman M, et al. Understanding pressures in general practice. London: King's Fund; 2016.
10. Burchell B, Ladipo D, Wilkinson F. Job insecurity and work intensification. London: Routledge; 2005.
11. Harrison S. Co-optation, commodification and the medical model: governing UK medicine since 1991. Public Adm. 2009;87(2):184-97.
12. Lionis C, Petelos E. The impact of the financial crisis on the quality of care in primary care: an issue that requires prompt attention. Qual Prim Care. 2013;21(5):269-73.
13. Hobbs FD, Bankhead C, Mukhtar T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. Lancet. 2016;387(10035):2323-30.
14. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. [Job satisfaction and burnout in general practitioners]. (Original in Spanish) Aten Prima. 2003;31:227-33.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Ann Rev Psychol. 2001;52:397-422 Epub 2001/01/10.
16. Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. 2008;25(4):245-65.
17. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. Acad Med. 2013;88(3):382-9.
18. Halligan A. The first casualty of reform: lost NHS values. Br J Health Manag. 2007;13:288-90.
19. Litz T, Stein N, Delaney E, Lebowitz L, Nash WP, Silva C, et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clin Psychol Rev. 2008;29:695-706.
20. Shay J. Moral injury. Psychoanal Psychol. 2014;31(2):182-91. <https://doi.org/10.1037/a0036090>. 21. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali W