



Una perspectiva bioética de la relación médico-paciente

En un ambiente de competencia comercial*

A BIOETHICAL PERSPECTIVE OF THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP IN A COMMERCIAL COMPETITION ENVIRONMENT

UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM UM AMBIENTE DE CONCORRÊNCIA COMERCIAL

► **Juana Fernanda Tobos Otálora****

► **Santiago Roldán García*****

► Fecha de recepción: abril 20 de 2012

► Fecha de evaluación: mayo 1 de 2012

► Fecha de aceptación: mayo 28 de 2012

* Artículo de reflexión teórica basado en la investigación monográfica realizada por la Dra. Juana Fernanda Tobos Otálora durante sus estudios en la Maestría de Bioética de la Universidad El Bosque y asesorado en su momento por la Dra. Chantal Aristizábal Tobler. Este artículo es presentado como producto del grupo de investigación Encuentro Social de la Corporación Mente Libre-CORPOMENTE.

** Médica cirujana general y Magister en Bioética. Investigadora del grupo de investigación Encuentro Social de la Corporación Mente Libre. Email: juanitatobos@hotmail.com.

*** Estudios en Filosofía, Teología y Bioética. Investigador del grupo de investigación Encuentro Social de la Corporación Mente Libre. Email: stgrolan@gmail.com.

RESUMEN

Tras un recorrido histórico a la relación médico-paciente, este escrito desea indagar en la pregunta de cómo una profesión como la medicina, en donde se procura el bienestar de quienes se acercan a los servicios de salud, y sin desconocer su misma individualidad disciplinaria, puede mantener el lugar de confianza en la sociedad dentro de un sistema mercante en donde lo importante es la producción de réditos en un ambiente de competencia comercial.

La revisión teórica está basada en la búsqueda de lo que han sido las exigencias morales y científicas que se le han atribuido tradicionalmente al profesional de la salud, en particular a los médicos, y en la influencia que esto tuvo en la forma de interacción del personal sanitario y los enfermos. Y, cómo a tal punto, esta relación se ha venido transformando, luego del intento legislativo por optimizar los escasos recursos económicos de las naciones en vías de desarrollo, y en particular el caso de Colombia.

Finalmente, una vez identificadas algunas de las posibles causas del deterioro de la confianza en las relaciones humanas en el ámbito de la atención clínica, se aborda el tema de cómo el incumplimiento de lo ofrecido por la ciencia, la inclusión de herramientas económicas y la falta de privacidad en el contexto de la consulta médica, resultan la piedra angular en el cambio de escenario donde se da la relación médico – paciente, puesto que éstas condicionan la posibilidad de entablar una comunicación abierta y sincera, y no permite la construcción de una condición de “amistad” entre el clínico, el afectado y su familia.

089

Palabras Clave

Relación médico-paciente, confianza-servicio vs. riqueza-poder, Bioética.

SUMMARY

After a historical journey to the doctor-patient relationship, this paper wishes to inquire into the question of how a profession like medicine, where it seeks the welfare of those who come to health services, while acknowledging his own individuality disciplinary can keep the place in society of trust in a system where the important merchant is producing revenues in an environment of commercial competition.

The theoretical review is based on the search for what have been the moral and science that have been traditionally attributed to healthcare, in particular doctors, and the influence it had on the form of staff interaction health and sick. And how to the point, this relationship has been transformed, then the legislative intent to optimize the limited economic resources of developing nations, and in particular the case of Colombia.

Finally, once identified some of the possible causes of the deterioration of trust in human relations in the field of clinical care, addresses the issue of how the breach of that offered by science, including economic tools and lack privacy in the context of medical practice, are the cornerstone in the changing scenario where there is the doctor - patient relationship, since they condition the possibility of instituting an open and honest communication, and does not allow the construction of a condition of “friendship” between the clinician, the victim and his family.

Keywords

Doctor-patient-service vs. trust. Wealth-power, Bioethics.

RESUMO

Depois de um percurso histórico na relação médico-paciente, este trabalho deseja indagar sobre como uma profissão como a medicina, onde se busca o bem-estar de quem procura os serviços de saúde, e sem desconhecer sua própria individualidade disciplinar, pode manter um lugar de confiança na sociedade dentro de um sistema mercantil onde o importante é a produção de réditos em um ambiente de concorrência comercial.

A revisão teórica está baseada na busca do que têm sido as exigências morais e científicas tradicionalmente atribuídas ao profissional de saúde, particularmente aos médicos, e de sua influência na forma de interação entre o pessoal sanitário e os doentes, e a que ponto esta relação vem se transformando após a tentativa legislativa de otimizar os escassos recursos econômicos das nações em vias de desenvolvimento, particularmente no caso da Colômbia.

Finalmente, uma vez identificadas algumas das possíveis causas da deterioração da confiança nas relações humanas no âmbito do atendimento clínico, é abordado o tema de como o descumprimento do que oferece a ciência, a inclusão de ferramentas econômicas e a falta de privacidade no contexto da consulta médica acabam sendo a pedra angular na mudança do cenário onde ocorre a relação médico-paciente, pois condicionam a possibilidade de ser estabelecida uma comunicação aberta e sincera e não permitem a construção de uma condição de “amizade” entre o clínico, o afetado e sua família.

Palavras-Chave

Relação médico-paciente, confiança-serviço versus riqueza-poder, Bioética.

INTRODUCCIÓN

Hace aproximadamente quince años, inició en Colombia el proceso de cambio dentro del modelo de atención en salud.

En atención a ello, y desde sus orígenes como lo mencionaba en su momento la Dra. Juana Fernanda Tobos, hemos tenido gran interés en la relación *médico – paciente* en donde se evidencia hoy en día para nosotros la característica inusual del profesional de la salud ya no como un *depositario de la confianza* de la sociedad, tal y como lo refiere James Drane; sino ahora por el contrario, como un *extraño* con conocimientos técnicos del cuerpo humano y de las múltiples formas de tratamiento de la enfermedad que aqueja a este mismo. Y como si fuera poco, este experto de la salud se encuentra vinculado y evaluado por algunas compañías que hoy venden multipintos servicios relacionados con la atención en salud, llevándolo sin desmedro alguno a estar supeditado a las particularísimas directrices empresariales y al rendimiento de cuentas de su propia actuación y actividad profesional, a quienes en muchos momentos no ejercitan un conocimiento idóneo al respecto.

La propuesta de este artículo, fiel a los inicios monográficos de la Dra. Tobos O., se emplaza hoy en la pregunta sentida de *¿cómo una profesión como la medicina, en donde se procura el bienestar de quienes se acercan a los servicios de salud, y sin desconocer su misma individualidad disciplinaria, puede mantener el lugar de confianza en la sociedad dentro de un sistema mercante en donde lo importante es la producción de réditos en un ambiente de competencia comercial?*

El desarrollo de la pregunta que motiva a este documento, no tiene la pretensión de buscar una respuesta única ni de atribuir culpa o culpas a alguna de las partes implicadas en el proceso del cambio. Por el contrario, el propósito de éste se encuentra en generar iniciativas para facilitar tanto diálogos como acuerdos, con la intencionalidad de apoyar el cambio de cara al estado de insatisfacción de los prestadores y los usuarios del sistema de salud actual de nuestro país.

Es por esto, que la revisión teórica estará basada en la búsqueda de lo que han sido las exigencias morales y científicas que se le han atribuido tradicionalmente al profesional de la salud, en particular a los médicos, y la influencia que esto tuvo en la forma de interacción del

personal sanitario y los enfermos. También es de nuestro interés, revisar cómo esta relación se ha venido transformando, luego del intento legislativo por optimizar los escasos recursos económicos de las naciones en vías de desarrollo, y en particular el caso de Colombia.

Una vez consigamos identificar algunas de las posibles causas del deterioro de la confianza en las relaciones humanas en el ámbito de la atención clínica, deseamos además presentar cómo el incumplimiento de lo ofrecido por la ciencia, la inclusión de herramientas económicas y la falta de privacidad en el contexto de la consulta médica, resultan en nuestra opinión *la gran piedra angular* en el cambio de escenario donde se da la relación médico – paciente, puesto que éstas condicionan la posibilidad de entablar una comunicación abierta y sincera, y no permiten la construcción de una condición de “amistad” entre el clínico, el afectado y su familia.

Es por esta razón que desde la perspectiva, interdisciplinaria y plural de la Bioética, proponemos un trabajo mancomunado entre los diferentes frentes de atención al usuario del servicio de salud; recuperando con ello, el estatuto integral de confiabilidad en los médicos dada su cientificidad y compromiso humano, que lo llevan a reconocer la enfermedad en el enfermo dándole la dimensión que individualmente requiere para su tratamiento. Esto, creemos, redundaría en beneficio no sólo de quienes nos tenemos que adaptar a las nuevas condiciones de prestación y recepción del servicio de salud, sino también de quienes están en proceso de formación médica tanto a nivel de pregrado como de postgrado.

1. ANTECEDENTES DE LA REFORMA EN SALUD DE COLOMBIA

En este apartado, deseamos enunciar algunas de las características de la prestación del servicio de salud antes de la reforma en la legislación colombiana gracias a la ley 100 de 1993.

Esto, mediante un ligero recorrido histórico, indicando el cómo se ha venido transformando para nosotros, el pensamiento social y el propio quehacer médico; junto con sus debidas implicaciones en la relación con el paciente y la cobertura del servicio. Del mismo modo, mostrando algunos mecanismos que posiblemente puedan aportar instrumentos que favorezcan el buen ambiente de la relación entre el médico y el paciente; sobre todo en este momento de crisis en que

nos encontramos inmersos, gracias al ambiente de desconfianza que existe tanto en el rol médico como en la situación real del enfermo.

Para comprender mejor los contrastes que se plantean en este artículo relacionado con la educación y la formación médica y el impacto que ha tenido el desarrollo tecno – científico en el ejercicio médico, consideramos prudente hacer claridad sobre algunos términos que aunque en muchas ocasiones pueden usarse como sinónimos, resulta que tienen un sentido diferente, cambiando en muchos momentos la orientación e intencionalidad de la idea que se plantea:

1. **Educación:** si el propósito de este escrito es, entre otros, tocar el tópico de la formación médica, deberíamos dejar en claro para el lector que el concepto de educación que abordamos es el de “*proceso formativo del intelecto y de la personalidad el cual sólo es posible en un ambiente de erudición, de investigación y de creación del conocimiento*”(PATIÑO, J. (2002):40-41); diferente al de *Capacitación*, la cual está entendida como “*adiestramiento y adquisición de habilidades especiales, y es aprendizaje vocacional para el desempeño de un oficio*”. (PATIÑO, J. (2002):40-41) De este modo, y de manera crítica, podemos concluir en este escrito que la finalidad de la educación médica es la de formar profesionales en ésta área y no el de entregar a la sociedad personas dedicadas a un oficio meramente.

2. **Profesión:** viene del latín *professio*, el cual a su vez deriva del sustantivo *fassio*, que según comenta el Doctor Diego Gracia, era bastante raro en su utilización (GRACIA, D. (1998)). Estas derivaciones latinas, se han mantenido en algunas combinaciones de nuestra lengua como *professio* y *confessio*, lo cual tiene como sentido la profesión, la confesión pública, la promesa – consagración.

Este término, como compromiso, tomó mayor fuerza en la Edad Media donde además, fue utilizado para hablar de la profesión como *confesión pública* de fe y consagración, por lo que adquirió un carácter monástico y religioso.

Pero, para ser profesional, en el sentido estricto de la palabra, deberían cumplirse ciertas características, mencionadas ya por Talcott Parson (GRACIA, D. 1998):

- **Universalidad:** la cual hace referencia a que el profesional, debía evitar aceptar a las personas, exclusivamente por familiaridad, amistad u otro vínculo social.

- **Especificidad funcional:** se refiere a que debe prestarse un servicio específico a la comunidad y tiene autoridad únicamente en su campo. Fuera de este, adolece de autoridad reconocida.

- **Neutralidad Afectiva:** quien ejerce una actividad de compromiso social, no debe estar bajo la influencia de sentimientos de simpatía o antipatía que le generen sus clientes.

- **Orientación hacia la colectividad:** el motivo del trabajo debe ser fines altruistas y no por la renta ni el reconocimiento.

3. **Honor/honorarios:** si vemos que el profesional tenía como finalidad un trabajo generoso, libre de interés por el reconocimiento o réditos personales y además debía estar motivado por “amor al arte de curar”; entonces es claro que para el antiguo profesional recibir un salario por hacer su trabajo, se constituía en una deshonra. Así que recibía un reconocimiento de HONOR, por el cumplimiento de su labor y esto constituyó los HONORARIOS, que le correspondía recibir al profesional de la salud, de acuerdo, con su servicio prestado.

4. **Reconocimiento:** en cuanto al reconocimiento como profesión o profesional en la antigüedad, sólo se daba esta categorización a quienes reunían las características mencionadas y además representaran las tres grandes órdenes. El primer orden es el macrocosmos, cuyo señor es Dios, y su representante en la tierra, es el sacerdote; el segundo orden o meso cosmos o república, cuya dignidad está encomendada al rey y su representante ante los hombres es el juez; y por último está el tercer orden o microcosmos o cuerpo humano, cuyo señor es el médico.

Entonces fácilmente reconocemos que las profesiones propiamente dichas, son tres: la teología, la jurisprudencia y la medicina.

Así, una vez catalogada la medicina como una profesión verdadera, y sabiendo que quienes la ejercían, fuera de tener una preparación docta y especial de acuerdo con las bases académicas, filosóficas y científicas de cada momento histórico en el que se ha desarrollado el saber médico occidental (información que ampliaremos un poco más adelante en el desarrollo de este apartado); también debían cumplir con unas virtudes morales tan altas, que cualquier ley de segundo orden¹ (ley hecha por

Los médicos conservan el fuero especial debido a que son los únicos llamados a hacer peritaje en cuanto a la evaluación de la actuación de un colega, pues las faltas comunes contempladas en la legislación, tales como impericia, negligencia o imprudencia sólo las podría dictaminar otra persona que tenga una formación similar, para así dar una opinión técnica y certera acerca del actuar de otro colega.

la jurisprudencia) no alcanzaba a opacar el gran compromiso social que tenía el actuar médico, dados los altos estándares de exigencia que se le hacía.

Así pues, durante muchos años las tres profesiones fuertes y las únicas reconocidas como tales, gozaron de un fuero especial de protección jurídica, por la razón ya explicada.

Ahora, si lo analizamos a través de la historia, incluyendo la actualidad, de algún modo los médicos conservan el fuero especial debido a que son los únicos llamados a hacer peritaje en cuanto a la evaluación de la actuación de un colega, pues las faltas comunes contempladas en la legislación, tales como impericia, negligencia o imprudencia sólo las podría dictaminar otra persona que tenga una formación similar, para así dar una opinión técnica y certera acerca del actuar de otro colega.

1.1 Medicina en la sociedad y la asistencia médica

Para tocar este tema consideramos importante hacer un recorrido de lo que ha sido la prestación de servicios médicos a la población, y la influencia que ello ha tenido en las diferentes épocas generando con ello algunas prácticas que fueron motor de cambio en su momento y que posiblemente permanecen aún en la actualidad.

También consideramos importante señalar cómo los avances científicos y tecnológicos han tenido gran influencia en las costumbres sociales, y éstas a su vez han marcado las directrices éticas de quienes se dedican a la Ciencia.

1.1.1 Edad Antigua. Hay que saber que en la Grecia antigua, es decir en la medicina basada en la *physis*, el saber médico era exclusivo de quienes profesionalmente realizaban este ejercicio. Sin embargo, había entre aquellos expertos distancias abismales tanto en la preparación académica como en la distinción social. De un lado, estaba el médico como artesano distinguido, quien anunciando sus servicios en el ágora se trasladaba de una población a otra y prestaba sus servicios en el *iatreion*, especie de quiosco; y de otro lado, se encontraban los que prestaban el servicio asistencial en el domicilio de quienes así lo necesitaran.

En general los del segundo grupo, es decir de quienes prestaban atención domiciliaria, sólo se rodeaban de personas distinguidas de la comunidad y dando pautas de lo que el médico debía ser tanto profesional como socialmente. Así pues, fueron pioneros en lo que con el tiempo se conoció como médico real o de *cámara regia*, propio de la época.

A pesar de las diferencias entre los dos grupos, se identificaban como *asclepiadas*² y por esta condición entraba al grupo de la aristocracia; pese a este pensamiento común, se hicieron evidentes los escalafones de preparación y relación con la sociedad de cada uno de los médicos. Encontramos nuevamente una subdivisión, donde se identificaban tres grupos de expertos: por una parte estaba el médico maestro que residía en una ciudad y de quien aprendían el arte de curar. Los discípulos eran los encargados de desplazarse de una localidad a otra, llamados posteriormente *periodeutas*. De otro lado, estaban los médicos públicos, quienes eran llamados para la atención de enfermos pobres, forasteros y para algunas labores forenses y administrativas; por último se identificaba al médico esclavo, aunque esto sonaría contradictorio ya que una de las características de ser de la "élite de asclepiada", es la condición de libertad. De suerte tal que podría interpretarse que este último grupo se dedicaba a la atención de los esclavos, al menos en Grecia.

En el mismo momento aparecieron otras modalidades de atención en otros puntos geográficos, ya que en Roma el médico tenía funciones para atención militar y forense, entre otras. También surgieron en Egipto algunas especialidades quirúrgicas; claro está, guardando la proporción para ese tiempo.

Ahora bien, teniendo el panorama de quienes ejercían la medicina y a quienes le prestaban el servicio en la antigüedad, es importante revisar la reflexión en la cual basaron su actuar, es decir, la ética. Como lo sugerimos anteriormente, consideramos de gran valor darle la definición a cada uno de los términos cardinales usados en este escrito, ya que según su significado, podría variar la interpretación. Señalaremos una de las definiciones de ética ofrecida por el Dr. Santiago Roldán G., entendida ésta como *la mediación reflexiva, metodológica y sistemática de la comprensión de sentido de la propia acción moral (acto en conciencia)* (ROLDAN, S. 2005: 5-19).

Con el fin de tener un claro derrotero de lo que se consideraba el *buen actuar* médico, se contaba con un documento donde se consignaron no solamente las observaciones que se hacían de la naturaleza, sino también se consignó allí acerca de lo que debía ser la conducta del médico dentro de la sociedad (ética médica). Dicho documento era el *corpus hipocrático*.

Si bien es cierto, alrededor de dicho conjunto de escritos del *corpus hipocrático* se han entretreído miles de historias, hemos tenido presente lo que han manifestado

algunos expertos, quienes afirman que el documento no tenía uniformidad en su estructura y contenido. Así que las afirmaciones de los expertos en el tema, sostienen que el tan mencionado Juramento Hipocrático, era un documento tipo manifiesto³, donde se daban las pautas del ejercicio médico para la comunidad Pitagórica.

Para comprender mejor lo relacionado con el médico de la sociedad mencionada, consideramos importante conocer que no sólo tenía como directriz los contenidos del *corpus hipocrático*, sino que además tenía tres puntos importantes de compromiso, a saber: con el enfermo, con la polis, y con sus compañeros.

En relación con la obligación con el enfermo, el *asclepiada* debía actuar de tal manera que se generara un beneficio para el doliente o al menos no causarle daño y estaban obligados a no intervenir cuando la muerte fuera inminente. Finalmente, con respecto a la remuneración, se consideraba motivo de deshonra recibir retribución económica por un acto sanador; sin embargo era común encontrar prestigiosos médicos en la antigüedad con posición acomodada. Este hecho fue registrado en uno de los escritos de Aristófanes citado en la obra de Laín Entralgo cuando dice: "...el pobre Cremilo, carente para pagar un tratamiento técnico: Está visto: donde no hay recompensa no hay arte; y en vista de eso acaba llevándolo a su paciente al templo de Asclepio" (ARISTÓFANES. Pluto, citado por LAÍN, P. 1998:134).

Con respecto a las obligaciones con la Polis, aunque no hay muchos registros al respecto, está claro, que estaba el médico público, quien debía atender a todos los enfermos de la polis y debía cumplir con algunas obligaciones respecto a la actividad forense.

Finalmente, en lo relacionado con los colegas, era obligación del médico tratar a su condiscípulo como a un hermano. Sin embargo, según lo menciona nuevamente Laín Entralgo, la competencia entre los profesionales incluso llegó en ocasiones a ser pública y a girar en beneficio individual.

Por supuesto, el propósito de este escrito, no es desvirtuar la ética que nos dejaron los griegos. Por el contrario consideramos que hay elementos importantes dentro de su legado, a pesar de tener como cualquier comunidad, diversidad en sus conceptos y actuaciones dentro de una misma situación. Una de las primeras bases que consideramos muy importante dentro de la herencia Hipocrática es la del *Primum non nocere*,

que hace referencia a: lo primero es no hacer daño. Es tan válido este concepto en nuestra actualidad, que le da soporte a uno de los principios de la Bioética clínica actual, el de No maleficencia.

El siguiente aspecto que consideramos ha tenido trascendencia hasta nuestros días, hace referencia al respeto de los *asclepiadas* por la vida y el derecho a la muerte, mostrado al no intervenir cuando la muerte es inminente. Si se traduce a nuestro tiempo y se pone este concepto dentro de lo que es el ejercicio actual de la medicina, que con la tecnología existente ha hecho que el concepto de muerte del cuerpo humano no sea tan claro, podría hacerse referencia a lo que hoy busca la Bioética: evitar el encarnizamiento terapéutico.

Al encontrar que también, en la época Helénica se presentaron conflictos de interés, cabe anotar que este hecho ha estado presente en cada una de las actividades humanas, durante diferentes períodos; y el ejercicio médico no es impermeable a este tipo de situaciones. Por supuesto, habrá otras herencias dentro del patrimonio que nos dejó la cultura griega, pero para efecto de interés de este trabajo, sólo vamos a tomar las mencionadas.

1.1.2 Edad Media. Cada edad tiene su propio contexto y legado para la siguiente generación. Al igual que en el anterior apartado, vamos a mostrar el contexto en el que se ha desarrollado el ejercicio médico y sus aspectos trascendentales para la época contemporánea.

Durante esta época la base estructural de la sociedad, tuvo varios cambios desde las rígidas monarquías hasta el inicio de la burguesía, con reconocimiento socioeconómico de los artesanos. Por supuesto la educación médica y el ejercicio médico no fueron indiferentes a estos cambios y asumieron los retos frente al contexto de la época.

Veamos pues, un poco de lo que fue la actividad médica.

Aproximadamente en el siglo XI inició la tecnificación de la medicina y fue más evidente en el siglo XIII cuando se oficializó la titulación del médico y la reglamentación de la formación científica de los mismos. El estudio tenía grados consecutivos de preparación: bachiller, licenciado, maestro y doctor, con un mínimo de 5 años de asistencia a las aulas, antes de iniciar la práctica.

Gradualmente los interesados en el ejercicio de la profesión médica tuvieron a lo largo del Medioevo una transformación social, debido a que cada vez fue menor la asistencia en salud prestada por los monjes puesto

que fue substituida en su momento, por una de composición más laica. Dicho fenómeno se presentó por la formación universitaria a la que ahora tenían acceso personas que no estuvieran dedicadas a la vida religiosa, sin olvidar que estamos contemplando una época de un alto grado de misticismo. Se presentaron, al igual que en la antigua Grecia, escalafones para la práctica médica y la población de influencia, de acuerdo al nivel de preparación del profesional.

Así pues vemos que en el rango más alto dentro de la sociedad, estaban los poderosos, a saber: reyes, príncipes, magnates eclesiásticos, señores feudales. Tenían a su servicio un médico único, quienes los atendían en sus casas, el cual gozaba de prestigio por su excelente formación académica. En la posición intermedia, se encontraban los pertenecientes a la burguesía recientemente conformada donde se encontraban los artesanos empresarios y/o comerciantes prósperos. También ellos contaban con asistencia médica domiciliaria, por médicos técnicos reconocidos. Finalmente estaban los considerados como "pobres estamentales" (LAÍN, P. 1998:238); y en este grupo se hallaban los esclavos, los campesinos e indigentes urbanos, quienes por lo general recibían atención clínica en condiciones de profunda pobreza, en ambientes malsanos, y los cuales en su mayoría estaban atendidos por religiosos, dentro de formidables construcciones arquitectónicas. Estos últimos dieron origen a algunas de las órdenes religiosas dedicadas a la asistencia hospitalaria (San Juan de Dios, San Vicente de Paul, entre otros.).

Por supuesto fue una época de grandes cambios, trajo consigo profundos conflictos, pues a pesar del giro que estaban dando para convertirse en una sociedad laica con enormes compromisos civiles, venían de una fuerte tradición de obligaciones morales de índole religiosa. El médico comprometido con su actividad, entendía religiosamente lo que era la práctica de su arte, con un estricto canon de patrones deontológicos, los cuales fueron contrastados con las enseñanzas de Lanfranco (LAÍN, P. 1998:238), quien sugería cobrar lo que más se pudiera a los ricos y nunca comer en casa del enfermo, ya que esto lo descontarían de sus honorarios.

Por otro lado, vemos cómo dentro de los compromisos transmitidos desde la tradición hipocrática, se encontraba el secreto profesional, ejemplificado este por la prohibición al *asclepiada* de hacer referencia alguna a lo que escuchara del enfermo y/o viera en su casa o fuera de esta. Pero, dentro de los grandes compromisos

civiles del médico medieval, se hallaba la recomendación de confesar los crímenes o faltas al inicio de la dolencia, so pena de una sanción.

En este momento histórico, también vemos el inicio de lo que ahora conocemos como la *responsabilidad médica*, ya que el profesional de la salud debía recibir el castigo que la familia considerara prudente si por su actividad sanatoria fallecía el individuo, en caso de que perteneciera a la comunidad pudiente; pero, si se trataba del deceso de un esclavo, el médico debía entregarle otro igual al amo.

Por supuesto la práctica clínica estaba reconocida y certificada por cada reino. Sin embargo, se le ubicó en paralelo un tipo de práctica mágica: una dada por la creencia de la ascendencia divina en los reyes, quienes al imponer las manos hacían actos de curación; y la otra, fue el curanderismo, y quienes ejercían esta práctica ofrecían medicina basada en actos de hechicería, donde acudían nobles y pobres, para buscar alivio para sus males físicos y morales.

Para resaltar tenemos, entonces, de ese momento histórico, que la importancia del médico dentro de la sociedad era reconocida, dada la responsabilidad de éste frente a situaciones donde buscar el bienestar del más necesitado era la prioridad a pesar de los conflictos.

Por esta razón no sólo se debía distinguir por la calidad científica en su formación, sino por el carácter sacerdotal que le imprimieron al convertirse en *depositario de confianza* frente a las situaciones de gravedad.

En la actualidad, quienes se preparan para el ejercicio médico, continúan cumpliendo el compromiso altruista de buscar un alto grado de preparación técnica; y aunque el carácter ya no tiene investidura sacerdotal, se mantiene el compromiso del secreto profesional bajo ciertas reglamentaciones socio – jurídicas. Ahora, a la luz de la Bioética, se viene trabajando por el respeto a la intimidad, como una de las formas de ejercer la autonomía del paciente.

1.1.3 Época Moderna. En la modernidad la ciencia y la sociedad tuvieron grandes transformaciones, puesto que el pensamiento antiguo que consideraba que el hombre le pertenecía a la naturaleza y no ésta al hombre, iba convirtiéndose en una nueva idea donde el hombre ya no sería más un siervo de la naturaleza, sino que la transformaría para su beneficio. Con lo que se estaba cumpliendo para los científicos el mito de Prometeo⁴.

Pues bien, lo que esto sugiere es que en la medida en que el conocimiento se fue desligando de la sabiduría que se obtenía por *imitación de dios* (filo – *sophía*), según lo creían los griegos antiguos, se logró la obtención de sustancias que se encontraban en la naturaleza a partir de procedimientos químicos llevados a cabo en los laboratorios de los científicos y se obtuvieron nuevas sustancias que no existían en el ambiente natural para beneficio de los individuos tales como desinfectantes

Los interesados en el ejercicio de la profesión médica tuvieron a lo largo del Medioevo una transformación social, debido a que cada vez fue menor la asistencia en salud prestada por los monjes puesto que fue substituida en su momento, por una de composición más laica. Dicho fenómeno se presentó por la formación universitaria a la que ahora tenían acceso personas que no estuvieran dedicadas a la vida religiosa, sin olvidar que estamos contemplando una época de un alto grado de misticismo.

y nuevos fármacos que mejorarían la calidad de los tratamientos. De este modo, se desencadenó una confianza extraordinaria en la ciencia y la tecnología, lo que llevó a los médicos a tomar una responsabilidad social donde la labor dentro del contexto en que se encontraban, prometía traer grandes beneficios.

Coligado a esto, se encontraba una sociedad cada vez más secularizada, con mayor estimación por la salud corporal dada la nueva visión de la existencia terrenal.

Unido a estos conceptos tenemos clases obreras conscientes de su participación de los frutos obtenidos de la riqueza natural y científica, a los que según ellos tenían derecho dados sus aportes al sistema social con su trabajo.

Parte de esta asimilación colectiva de los avances científicos, tiene relación con la divulgación en medios masivos de comunicación del momento (especialmente la prensa escrita) por medio de los cuales se difundieron, entre otros, el tratamiento que se hacía para la rabia, propuesto por el doctor Pasteur, y el avance de las tuberculinas, hecho por el Doctor Koch. Así mismo, situaciones relacionadas con el avance científico en la modificación de la historia natural de las enfermedades y que comprometían con mayor frecuencia el bienestar de las comunidades. Ello, erradicando con o sin intención la práctica del curanderismo, que en términos generales quedó relegada a los grupos más atrasados.

Es importante para nosotros resaltar que en este momento de la historia se establecieron conocimientos básicos dentro del área de la formación médica universitaria: la física y la química, pues la medicina estaba considerada como ciencia natural y era importante iniciar la formación en estas áreas reconocidas; la anatomía, impartida en forma práctica en los anfiteatros que progresivamente fueron ganando aceptación; la histología y la patología, que fueron incorporándose a la formación junto con los saberes específicos médicos y quirúrgicos.

Concomitante al nuevo currículo de estudio en la formación médica, se fundaron instituciones dedicadas a la investigación. Seguido a esto, una rápida difusión del conocimiento específico a través de revistas y congresos. De suerte tal que el médico estaba considerado como el "conocedor técnico de la naturaleza del hombre"

Durante los primeros años del siglo XX, a los tradicionales aspectos de la formación de los médicos dedicados a las ciencias biológicas, se concatenaron nuevos saberes, tales como el psicoanálisis y la sociología, lo que le otorgó

a la educación médica nuevas características de formación universitaria del profesional de la salud y redimensionó el modelo del acto médico y la relación con el paciente. Ello suscitó una reflexión que consideramos importante: *"un modelo, se piensa, que podrá cambiar en sus detalles con el progreso de alguno de los capítulos del saber, pero no en su esencia; este parece constituir una conquista metahistórica e invariable"* (LAÍN, P. (1998):538).

Así que las expectativas del grueso de la población en relación con la formación científica biológica, asociada a una nueva visión médica de la enfermedad desde una postura social y psicológica, esperaba en esta época, y en particular, tres elementos de la gestión del clínico: la curación de las enfermedades, la prevención de las dolencias y que sobre todo el compendio de saberes, pudieran llevar a la respuesta de interrogantes tales como ¿qué es el hombre? y ¿cuál es su sentido último?. Pero la confianza en la ciencia y tecnología llevó a los encargados de la prestación de servicios de salud a comprometerse más allá de su responsabilidad científica, asumiendo posturas como educador es de la masa y redentor es de las calamidades humanas.

Con esta postura generada desde el poder científico, se dio un giro a lo que hasta entonces era considerada la ciencia médica y se incorporó al fenómeno social, jurídico y político del momento, *la tecnocracia*.

Esta tendencia de la tecnocracia, consideraba que lo que técnicamente era bueno, entonces era éticamente correcto; y si por el contrario, algo se creyera técnicamente incorrecto entonces, sería tomado como éticamente malo. Por supuesto, esta postura tuvo muchísimos detractores, ya que no es hoy un secreto que aunque haya condiciones técnicas adecuadas, no necesariamente corresponden a condiciones éticas aceptables. Muestra de esta última afirmación, la encontramos en uno de los pronunciamientos que hizo la escuela de Fráncfort:

La tecnocracia no es sólo técnica, es algo más, es una ideología, la ideología de la técnica. No se trata, pues, de algo libre de valores, sino de un sistema de valores, y además falso, es decir, que genera un fenómeno de falsa conciencia. Y es que junto al saber (ciencia) y el "poder" (técnica) hay que situar el "deber" (ética). Tan absurdo como intentar construir una ética idealista, desligada del saber y del poder, serían una ciencia y una técnica desligadas de la ética. Son tres elementos inseparables⁵. (HABERMAS. J. citado por GRACIA, D. 1998:66).

A pesar de encontrarse en un contexto tecnocrático, donde se suponía había valoración de la realidad bajo la óptica de la técnica, lo cual de algún modo daba aval a la equivalencia en el seno social en cuanto a las oportunidades, persistía en la época la discrepancia de las clases sociales y su acceso al servicio de salud:

- **Clase Alta:** compuesta por la aristocracia y la burguesía opulenta, recibían atención domiciliaria, si la patología ameritaba reposo. En caso de que la patología no comprometiera tanto el estado de salud de las personas, ellos asistían a los consultorios privados de los médicos. Evidentemente eran los clínicos más reconocidos dentro de su localidad.
- **Clase Media:** conformada por artesanos, obreros acomodados, funcionarios de mando medio y profesionales no muy reconocidos. Ellos también tenían atención médica domiciliaria, pero atendidos por médicos con honorarios asequibles. Finalmente esta situación desencadenó inconformidad, pues el obrero promedio encontraba que el servicio médico lo evaluaba como objeto cósmico, y valorado por ciencias como la química y la física. Pero la sociedad le daba el valor de objeto económico, ya que su valía dependía de la capacidad laboral comprada al menor precio. Dicha situación motivó a la conformación de sociedades de ayuda mutua.
- **Clase Baja:** en dicho grupo se encontraban los obreros suburbanos e industriales. Este grupo de personas, eran atendidos en los hospitales de beneficencia, donde gozaban de la atención de uno de los médicos de mayor prestigio en la comunidad, pero por encontrarse en lugares con extrema pobreza y precario cuidado higiénico, terminaban con tasas muy altas de morbilidad y mortalidad en casos de epidemias.

Con esta explicación, se hace evidente el arraigo en la historia de las sociedades divididas en niveles sociales, basados en su poder económico, que al parecer esto no genera una situación de conflicto, y tampoco es motivo de análisis en este escrito. Pero es claro que en el momento de decidir la forma de repartir las obligaciones y beneficios de cualquier índole dentro de un grupo de personas, estamos frente a una situación relacionada con la justicia.

Cuando se habla de este tema de la justicia, es muy complicado descubrir el método más adecuado para obtener la forma de hacer una adecuada repartición de las responsabilidades y derechos, de tal manera que si bien no todos están conformes, al menos la mayoría quedan satisfechos.

097

Durante los primeros años del siglo XX, a los tradicionales aspectos de la formación de los médicos dedicados a las ciencias biológicas, se concatenaron nuevos saberes, tales como el psicoanálisis y la sociología, lo que le otorgó a la educación médica nuevas características de formación universitaria del profesional de la salud y redimensionó el modelo del acto médico y la relación con el paciente.

Por supuesto la Bioética ha planteado una propuesta de justicia basada en el concepto de justicia distributiva, la cual será tema posterior en este escrito.

Ya que la sociedad moderna se encontraba en un disparado crecimiento tecno – científico, con gran influencia de esta visión del mundo a todos los estamentos de la sociedad, también generó diferentes posturas frente al actuar médico, pues había muchos profesionales con diferentes posturas con respecto a lo que debía ser el ejercicio médico, sin embargo todos gozaban del respeto de la comunidad en general.

Veamos entonces algunas de las posturas de lo que representaba la ética médica del momento:

- **Médicos creyentes:** dentro de los cuales se distinguían tres grupos a saber: el primer grupo, creía que a pesar de considerar la tecnicidad de la ciencia médica contemplaban que su práctica era profana por la contraposición a las creencias religiosas que tenían. El segundo grupo estaba compuesto por médicos, donde a pesar de las creencias religiosas, reconocían la diferencia con sus deberes prácticos. Y un tercer grupo, donde se encontraban los que reconocían sus deberes civiles.
- **Médicos con moral de éxito:** Este grupo de profesionales se interesaban por el lucro y el prestigio.

Como es claro tener posturas eclécticas del comportamiento en el seno de la profesión médica, causó discrepancias en los rumbos escogidos por cada grupo, proponiendo entonces una postura pseudoreligiosa, abanderada en la actividad sacerdotal de la medicina, y otra, con un aire pseudohelénico enalteciendo las bondades del juramento hipocrático.

De esta manera podemos concluir que en esta época en particular, fue en la que se presentó un avance científico muy importante, con una sociedad cada vez más consciente de las nociones de justicia; a lo que el profesional dedicado al servicio de la salud no fue indiferente, ajustándose a la nueva situación. Eso sí, gozando del respeto y el reconocimiento, contando a su vez con la confianza dentro de su círculo de desempeño laboral, lo que le brindaba una privilegiada posición social.

1.1.4 Época contemporánea. Si bien es cierto veníamos de un momento histórico en donde la potencialidad científica había alcanzado una gran importancia, con

modificaciones sustanciales del comportamiento de los individuos en la sociedad, esto desencadenó a su vez, diferentes situaciones de ajustes que se dieron alrededor del modelo de prestación del servicio médico:

En este momento, se comprueba que la ciencia y la tecnología no sólo son utilizadas en beneficio de las comunidades, sino que también son usadas para mostrar la supremacía y el poder que da una mayor fuerza bélica. Así que durante este tiempo se presentaron muchos enfrentamientos con daños severos durante las guerras mundiales y otros enfrentamientos que aunque no recibieron éste rótulo, sí involucraron muchas naciones.

Definitivamente los enfrentamientos de poder y la mezcla de culturas dada por los desplazamientos generados por la violencia, dieron sin duda como resultado cambios en la perspectiva de lo que se comprende como ser humano y su condición de salud y enfermedad, inquietud académica del Dr. Santiago Roldán. A este respecto, se evidenciaron cinco puntos que mostraban lo anteriormente mencionado:

- Definición de salud por parte de la O.M.S, entendida como el completo bienestar físico, mental y social.
- Concepción de la salud como un don, hecho que nos muestra la aspiración de estar siempre sano.
- Concepción de la salud como un derecho, manifestado en la exigencia de la salud socializada y de alta calidad.
- Confianza ilimitada en la ciencia y la tecnología con popularización de algunos conceptos terapéuticos de la farmacología y aumento de la automedicación.
- Visión hedonista⁶ de la vida, como un bien individual que puede cuidar o destruir.

Por supuesto esta nueva visión contemporánea de la vida, de la salud y de la enfermedad, también debía modificar la formación del profesional médico. Así que, aparte de los conceptos propuestos por la Universidad durante la Edad Moderna, debían ahora incorporarse otros nuevos saberes y otras formas específicas de educación, ya que el dominio del conocimiento se hacía cada vez más difícil por parte de una sola persona, entendiendo con ello el gran volumen, la complejidad y la evolución de la información.

Es así como se entiende hoy en día, el nivel básico del conocimiento médico (*médicos generales*) y el conocimiento específico del saber médico conformado por sus especialidades. A lo antepuesto, hay que reconocerle, que a pesar de todas las motivaciones que

tuvieran para formarse en el área básica o en cualquiera de sus especificidades, los clínicos requirieron de una mayor inversión tanto de tiempo como de dinero.

Y muy a pesar de las directrices de integralidad en la formación médica, continúan en esta época, algunas personas practicando las medicinas marginales y el curanderismo, los cuales cada vez más se encontraban relegados a las clases sociales menos favorecidas.

Pero la realidad social nos lleva a que con la creación de las *sociedades de ayuda mutua* para la prestación del servicio de salud, el paciente empieza a perder la posibilidad de elegir su médico, convirtiéndose así al profesional de la medicina en *un funcionario más dentro de una colectividad*.

Dicho hecho de buscar la colectivización del servicio médico con calidad, genera para nosotros muchas preguntas al respecto, a saber: ¿cuál es el grado de obligatoriedad del seguro?, ¿cómo se establece una cobertura social justa para los afiliados y los no afiliados?, ¿cuál será la mejor forma de caracterizar la naturaleza del servicio, es decir, atención en instituciones, domiciliaria u hospitalaria?, ¿quién es el encargado de administrar los recursos y cómo va a ser la percepción de salario por el médico?, ¿cuál va a ser la cobertura? y ¿quién va a asumir los costos generados?

Así mismo, si bien es cierto que estas preguntas son de difícil respuesta puesto que dependen del contexto en el que se valoren, se ha puesto de manifiesto en este escrito que el proceso de colectivización de la atención en salud, es sin más un fenómeno global que lleva aproximadamente ciento cuarenta y cinco años, y que en algunas naciones en donde este tipo de atención lleva muchos años, se han identificado ciertas características de este modelo de atención:

- Los modelos de colectivización en atención en salud, a pesar de la distribución del gasto entre las aseguradoras particulares, el afiliado y el Estado, terminan en una atención del sistema por falta de recursos. Ejemplo de esto es Alemania que a pesar de tener un buen modelo social de bienestar, hoy ya se empieza a hablar de "pobreza hospitalaria".
- Pese a los grandes esfuerzos, incluso de naciones con sistemas políticos socialistas, no se logra la cobertura total del servicio de salud.
- Se pone en riesgo la calidad de la relación médico-paciente, la cual es fundamental para la adecuada dinámica de lo que es la atención en salud. Este hecho

se presenta por cuatro fenómenos ya reconocidos: uno de ellos, que se ha perdido la confianza en el médico como tal y ahora hay más seguridad en el tratamiento sugerido por el médico de determinada institución. La segunda causa encontrada, en relación al deterioro en la relación médico – paciente, es el tiempo que se le puede dedicar al enfermo en una consulta institucionalizada, donde para todos es igual, sin individualizar sus necesidades. La tercera causa es la pobre posibilidad de escoger su médico tratante, y por último, la cuarta, la transformación del quehacer médico y del arte de curar a un mero funcionario y a un oficio institucional.

- El alto costo de la medicina socializada.

Pues bien, todo este maremágnum de saberes, de intereses y de conflictos armados o no, lleva a cometer abusos en nombre de la ciencia; y presenta grandes desafíos éticos para las generaciones actuales y venideras. Por su puesto, y sin desconocer esfuerzos, hubo quienes trabajaron creando documentos que sirvieron como modelos para evitar dichos desmanes, no sólo en lo que se refiere a los humanos, sino a la biósfera en general.

La propuesta actual de la Bioética, edificada como un concepto amplio, nos invita hoy a optimizar el conocimiento para conseguir una forma inteligente de aprovechar no sólo el conocimiento mismo sino los recursos existentes sin dañar el entorno actual (ROLDAN, S. 2012: 71-86), como bien lo mencionaba en su momento el Dr. Potter atendiendo al desafío de cómo usar el conocimiento:

Desde el comienzo, he considerado la Bioética como el nombre de una nueva disciplina que cambiaría el conocimiento y la reflexión. La Bioética, debería ser vista como un enfoque cibernético de la búsqueda continua de la sabiduría, la que yo he definido como el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y para mejorar la condición humana. En conclusión les pido que piensen en la Bioética como una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural, y que intensifica el sentido de la humanidad. (POTTER, V. 1999:32).



1.1.5 En Colombia. En realidad, la historia de la medicina en nuestro país también ha tenido variaciones significativas, conexas con la relación médico – paciente, según el contexto desde donde se esté observando.

La propuesta general para este apartado, consiste en mostrar una visión del proceso regional de cambio dentro del colectivo social y por supuesto la adaptación que ha hecho la profesión médica, hasta antes de la reforma de la legislación en salud de 1991.

Nuestra historia no es ajena a la tradición chamánica basada en el curanderismo, ya que gracias a la tradición oral, que aún permanece en la actual sociedad y es más evidente en los habitantes de áreas rurales, se conoce acerca de los tratamientos basados en pócimas y bebedizos que se hacían con la mezclas de hierbas, asociado a prácticas rituales de índole religioso, según la teogonía de las comunidades pre-colombinas.

Como bien es sabido, desde el Medioevo europeo, se fundaron las órdenes religiosas hospitalarias. Y es de nuestro particular interés mostrar una de ellas, ya que a través de ésta, podemos hacer un reflejo de lo que ha sido la situación de la salud en Colombia, dada la importancia de la religión en la sociedad nacional:

A la orden de San Juan de Dios fundada en 1495, bajo el reinado de Felipe II, se le encomendó en el año de 1572, la misión de administrar los

hospitales de Cartagena, Panamá y Portobello, pero fue hasta 1635 que se fundó el hospital San Juan de Dios de Santa Fe (en Bogotá, y el cual usaremos de referente).

El hospital - convento de la Orden de San Juan de Dios en Bogotá- fue fundado como mencionamos en 1635, como una obra pía, lo cual consiste en recibir donativos a cambio de oraciones para salvar las almas de los benefactores. Con dichos recursos se mantenían todos aquellos que recibían favores de la institución, tales como los más pobres, los enfermos, los que tenían padecimientos crónicos, los desequilibrados mentales y los monjes que allí residían. Estos últimos, eran quienes cumplían labores asistenciales (MARTÍNEZ, G. 2002).

La forma de adquirir recursos para la manutención del asilo consistía en verificar los aportes que podían hacer los vecinos y personas generosas (donaciones), que ayudaban según la característica pía de la misión.

Luego, cuando se presentó el Movimiento Comunitario, se manifestaron conflictos en la postura del hospital – convento y se transformó en hospital general, generando con ello pugna entre la misión de la orden hospitalaria de san Juan de Dios y el discurso de salud pública del virreinato.

Con la aparición de las políticas públicas y la difícil conciliación entre las discrepancias administrativas en cuanto al manejo del Hospital – Convento u Hospital

La realidad social nos lleva a que con la creación de las sociedades de ayuda mutua para la prestación del servicio de salud, el paciente empieza a perder la posibilidad de elegir su médico, convirtiéndose así al profesional de la medicina en un funcionario más dentro de una colectividad.

General, trajo como consecuencia el retiro de los religiosos del sanatorio. La salida de los monjes causó grandes cambios en el manejo administrativo de la institución, que con el tiempo entró en periodo profundo de crisis, motivo por el cual, en el año de 1870 fue cedido a la Universidad Nacional de Colombia (CRUSET, J. 1971).

Por supuesto, los médicos no eran muchos en la época y tenían grandes dificultades para generar unidad en los conceptos tanto de índole científico, como de orden asistencial, por lo que optaron porque la formación médica y la atención clínica recibieran especial atención en los campos de la anatomoclínica, la fisiopatología y la etiopatología. Estos conceptos fueron sistematizados a través de la introducción de la nosología médica que se desarrollaba con éxito en el Real Colegio de Médicos de Londres.

Es así como pasamos de tener una medicina chamánica, monástica y ahora estatal en relativo corto tiempo, pues los cambios que se generaban en el resto del mundo no nos resultaban indiferentes.

Por supuesto, los ajustes en el pensamiento durante siglo XX en Colombia fueron influenciados por diferentes propuestas importadas, como por ejemplo los postulados de Keynes (RODRIGUEZ, C. 2006:1-25) quien desde 1925, visualizó un sistema de salud basado en algo que llamó la *demanda efectiva*. Dicho concepto tenía como fundamento, a la demanda como generador de movimiento de la economía y no la oferta.

Este concepto aplicado al sector de la salud, causó inquietud ya que hasta ahora se venía haciendo exactamente lo contrario, pues en el servicio de atención en salud se ofrecía considerablemente y los usuarios se acercaban en la medida en que surgiera la necesidad y tuvieran acceso a la misma dados los costos de la asistencia.

Ya que los postulados de Keynes se movían también en el sector de la salud, pues la propuesta se basaba en la demanda de los servicios a largo plazo, debía asegurarse a la población ingresos tales como la cobertura de vejez, la invalidez, la enfermedad y el desempleo, para que los pudiera invertir en los programas de atención en salud.

Estos postulados fueron asumidos en Colombia once años más tarde ya que hasta 1936, se realizó una reforma social a la constitución donde se tomaron algunos de los postulados mencionados. Y es cuando en 1938 se instaura el Ministerio de trabajo, higiene y previsión social, encargado de impulsar las gestiones relacionadas con las políticas sociales.

Entre tanto, en el seno de la sociedad colombiana, al igual que en el resto del mundo, se suscitaron grandes cambios, por diversos motivos; pero en particular en la realidad nacional, por la violencia que durante muchos años ha venido generando desgaste en los ámbitos públicos y privados de la comunidad.

Un hecho que marcó esta situación de violencia fue el magnicidio de Jorge Eliécer Gaitán, lo cual desencadenó polarización de los individuos sociales con disparidad en la repartición del capital económico del país, haciendo así que las personas con alto poder adquisitivo económico tuvieran fácil acceso al servicio de salud y a la compra de medicamentos según su necesidad. Por otra parte, se encontraban quienes no tenían una posición tan favorable dentro de la sociedad, hablando en términos de capacidad económica. Este grupo correspondía en su mayoría a personas que se desempeñaban en labores del campo y que por la situación de violencia fueron desplazadas a las cabeceras municipales. Este fenómeno de movilización forzosa a las ciudades, desbordó la capacidad de los territorios urbanos para albergar adecuadamente a quienes llegaban por efectos socio – políticos en grandes grupos.

Así fue como la infraestructura de las entidades también vio como se desbordaba el presupuesto en atención a la cambiante ciudad, dados los movimientos de sus habitantes y las características tan dispares entre los mismos. Esta situación que se mantuvo durante un largo periodo de tiempo, llevó a la nación a una situación de gravedad en términos de justicia social y a un déficit fiscal considerable.

A pesar de las gestiones hechas en cada una de las administraciones gubernamentales, se sigue presentando hoy en día el fenómeno del desplazamiento y la violencia fratricida dentro de un marco de inequidad económica y social.

Una vez detectada la situación por parte de las entidades supranacionales, se hicieron mediante documentos formales las recomendaciones que consideraron pertinentes al gobierno nacional, con el fin de disminuir la corrupción, disminuir el tamaño del ente burocrático y optimizar así los servicios relacionados con el sistema de salud. Todas estas situaciones fueron las que dieron origen a la reforma hecha en la ley 100 de 1991.

Es con este tipo de sociedad, bélica, empobrecida, con grandes disparidades sociales, que los médicos debían lidiar tanto en las zonas urbanas y las rurales. Haciendo claridad que las personas con mayor capacidad económica,

tenían mayores posibilidades de tener atención de un profesional de renombre, mientras que otro grupo de personas, serían atendidas en un hospital de caridad.

1.2 Relación con el paciente.

Teniendo ya un panorama acerca del contexto donde se ha desarrollado la actividad médica, podemos introducirnos ahora a hacer un acercamiento a la relación entre el médico y el paciente en la actualidad.

Es indudable que el conocimiento científico, durante muchos años, estuvo en el dominio exclusivo de quienes se dedicaban al estudio de las ciencias, y en este caso en particular las ciencias de la salud; tanto que en algún momento fueron considerados como técnicos de la función del cuerpo humano. Haciéndose con ello, "indispensables" para la adecuada manutención de la salud a través de la prevención de las enfermedades, el tratamiento de los padecimientos y la rehabilitación de las secuelas luego de la dolencia.

Así pues, la interacción que se daba entre el médico y el paciente, era basada en el poder representado en el médico. Esta autoridad estaba sustentada en el conocimiento de la ciencia médica, asociada a la idea de protección y ayuda para generar el mejor beneficio para el enfermo, en la mayoría de los casos, sin tener en cuenta la opinión o los deseos del segundo. Por supuesto, si hay un sujeto dominante, debe encontrarse también el agente pasivo (paciente), el cual presentaba necesidad generada por el dolor o la limitación causada por una dolencia. De suerte tal que al tocar el tema de la relación médico – paciente, cuando hay posiciones de desventaja, se evidencia una relación basada en el *paternalismo*. (Ver esquema No 1)

Ya que es importante tener claro el concepto de paternalismo frente al contexto del presente escrito, quisiéramos mostrar algunas de las definiciones que se tienen con referencia al término señalado:

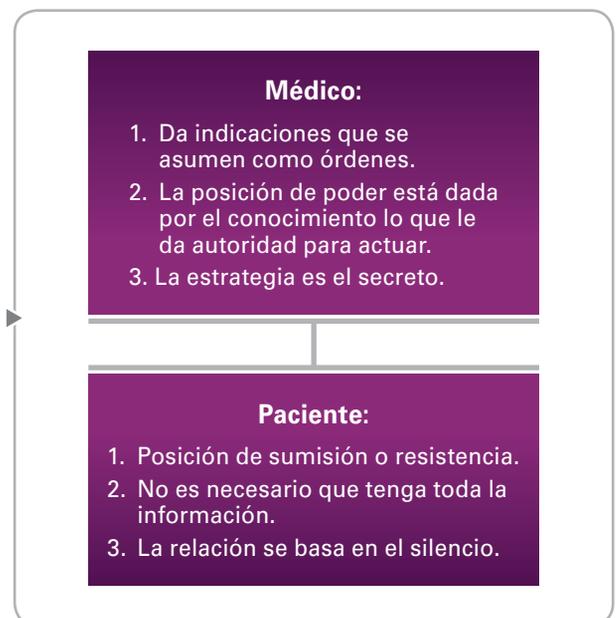
- Paternalismo: Tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo. (ESPASA. 2005: 15: 9088).
- Paternalismo: actitud o comportamiento de suave dominación y protección desinteresada (GARCÍA, F. 2008).

Por supuesto, al respecto hay muchas teorías y, una de ellas categoriza al paternalismo en fuerte o débil, según sea el grado de dependencia de la persona limitada y de quien actúa como agente moral con plena facultad, para tomar decisiones en la vida del enfermo.

En nuestra opinión, consideramos que es muy difícil llevar a justo medio la postura paternalista de quienes se encuentran en el servicio de salud y específicamente mostrado ya el contexto colombiano, puesto que todavía encontramos una profunda falencia en la formación crítica del grueso de la población, asociado a ello prácticas de curanderismo arraigadas en el pensamiento que pueden llegar a entrar en profundos conflictos. Al punto, podría llegar a evaluarse desde un estatus científico, como positivo para determinado individuo o colectividad.

Es por esta razón que la Bioética nos plantea como desafío, el buscar el mejor método para integrar los diferentes saberes de las culturas; y adaptar la ciencia y la tecnología a ellas, con el fin de mejorar las condiciones de vida, particular y general, sin olvidar las necesidades del ser mismo.

Figura 3. Justicia Conmutativa.



2. UNA MIRADA BIOÉTICA A LA CRISIS ACTUAL DEL EJERCICIO MÉDICO

En este apartado, nuestra idea es la de mostrar al lector el cómo los hechos narrados en el primer momento, han tenido eco en la toma de decisiones en la actualidad y en la búsqueda por optimizar la utilización de los recursos disponibles frente a las necesidades actuales. Igualmente se comprenderá la óptica del médico,

como la de aquel profesional que desde su quehacer científico y su compromiso social ha tenido un lugar privilegiado dada sus altas exigencias morales dentro del contexto en que se encuentra.

Así mismo, y con la introducción de nuevos saberes y nuevas técnicas aplicadas a las actividades propias del médico, el comprender que se ha desencadenado una crisis en el interior de la profesión causando malestar dentro de la comunidad médica, y con ello la “disminución” de la calidad en la atención en salud para la comunidad en general.

Recordando la diferencia entre profesión y oficio, creemos importante comprender que para la formación de profesionales debe tenerse un “proceso formativo del intelecto y la personalidad, que sólo es posible en un ambiente de erudición, investigación y creación del conocimiento”. (PATIÑO, J. 2002: 40 – 41).

Por lo anterior, los profesionales de la salud además de tener una formación técnica y científica de alta calidad, también deben profesar ante la comunidad un compromiso por buscar el beneficio social, incluso por encima de los suyos propios, teniendo como base los aspectos de universalidad, especificidad funcional, neutralidad afectiva y orientación hacia la colectividad.

Resulta entonces distinto el comprender la función educativa y formativa del profesional de la salud, al “*adiestramiento y adquisición de habilidades especiales considerado esto como aprendizaje vocacional para el desempeño de un oficio.*”

Encontramos relevante, por lo tanto, retomar estos aspectos, ya que desde nuestra poca o mucha experiencia, una de las situaciones que en general han planteado los profesionales de la salud, es que después de la reforma a la legislación en salud en Colombia con la ley 100 de 1991, se ha presentado una “*desprofesionalización de la medicina*”. (PATIÑO, J. 2002:12). Ejemplo de ello, la frase muy sonada de que “*los médicos creen que la ley 100 de 1991 acabó con la profesión*” (PRECIADO, N. 2008:28–34). Esta expresión, sin duda alguna manifiesto claro del descontento, frente al nuevo escenario en donde se desarrolla hoy el ejercicio médico en Colombia.

El médico ha tenido que desenvolverse en varios escenarios, según la exigencia de los cambios históricos: desde la atención domiciliaria integral, hasta la “hospitalización” de la medicina y “medicalización de la vida”; sin olvidar con ello, el proceso de especialización del saber

médico. Probablemente estas situaciones han traído en su momento, duras y largas crisis operativas en la cotidianidad del ejercicio médico, pero *nunca se había afectado la esencia del obrar médico; el cual, hasta ahora, se encontraba ceñido a las más altas expectativas morales buscando siempre la excelencia.*

En atención a que en este apartado vamos a referirnos a posturas paradigmáticas de la ciencia médica y a herramientas técnicas de la economía tales como la eficiencia; es necesario conocer un poco más de ellas con el fin de comprender mejor la interacción de las mismas y el por qué terminan en conflicto las unas con las otras. Todo esto, desde la perspectiva de la Bioética, con el único propósito de ofertar una alternativa en la que se beneficien las partes involucradas directa e indirectamente del acto médico:

2.1 Justicia en salud

Como se ha evidenciado a lo largo de la historia, se han reconocido tres niveles en la atención médica: los nobles, adinerados y poderosos, las personas pertenecientes a las clases obreras y con ingresos que les permiten tener un modesto servicio de salud garantizado por aseguradoras de carácter privado o mixto, y los pobres, como aquellas personas que no tienen nada y su opción para recibir atención en salud está en las instituciones de beneficencia, las cuales hasta antes de la reforma de la ley en salud en Colombia obtenían su recursos de la caridad pública.

Por supuesto, el hecho que cada persona tenga expectativas diferentes en cuanto a su percepción de salud hace que cada uno exija según lo que considera razonable para sí mismo. Esto, es lo que da origen a los conflictos relacionados con la repartición de un bien escaso, concretamente, con el acceso a los servicios de salud básicos y de alta complejidad.

Si a estas desigualdades en el acceso al servicio de salud, se le suman en un primer momento la gran expectativa generada por el positivismo científico, en donde los médicos casi que serían los “*redentores*” de la humanidad a través de la ciencia⁷ y en un segundo momento, la concepción de salud que se adoptó en la post – guerra cuando Naciones Unidas en 1946 expresó que “*la salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (GRACIA, D. (1998): 22); seguramente

el resultado no podría ser otro, y es al que ahora nos enfrentamos todos y cada uno de nosotros: los conflictos suscitados ante la pregunta por *quién* ha de asumir los gastos generados en la atención en salud.

Para dar respuesta a este interrogante, que planteado de otro modo sería la pregunta sobre el cómo se repartirán los beneficios y las cargas socio – económicas dentro de una comunidad, se han recogido diversas posturas, a lo largo del tiempo. Por ejemplo, la propuesta de Aristóteles, que hace referencia a que a los iguales se les debe dar trato igual y a los diferentes, debe dárseles trato diferente (BEAUCHAMP L. 1999:312) a pesar de ser un concepto formal, ha tenido impacto en el tiempo. Pero, ¿quién estaría encargado de establecer las diferencias?

Es por esta razón que el debate continúa todavía, y aunque han intentado darle operatividad a este concepto con las características materiales de la justicia desde su repartición de acuerdo al derecho de cada persona por recibir una parte igual o según su necesidad, esfuerzo, contribución, mérito y/o con los intercambios del libre mercado; aún no se ha llegado a un acuerdo, puesto que ésta no es suficiente para satisfacer a todos y cada uno de los individuos de una colectividad involucrada en un proceso específico.

Para la Bioética, es de gran interés el tema de justicia en general y en particular lo referente a la justicia en la atención en salud, dado que es un tema de complejo abordaje, ya que la salud, si bien está contemplada dentro de la esfera de percepción individual, con el

sólo hecho de que el Estado haya tomado parte para verificar que todas las personas tengan acceso al servicio de salud, la convierte en una tarea asumida por las políticas de salud pública.

A este respecto, Beauchamp y Childress nos entregan una aproximación al comprender la justicia como un *“trato igual, equitativo y apropiado a la luz de lo que se debe a las personas o es propiedad de ellas”*. (BEAUCHAMP L. 1999:312). Por supuesto, esta propuesta no se aleja de los postulados hechos por Aristóteles en la antigua Grecia.

Ahora bien, haciendo referencia específica a la justicia distributiva, la cual *“se refiere a la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social”* (BEAUCHAMP L. 1999:312), es importante enfatizar para nosotros que ésta sólo se presenta en casos de escasez y competición; por eso es de interés en este tema en particular.

Por esta razón para los griegos era importante observar cómo la naturaleza nos había otorgado gracias, dones y posiciones sociales diferentes. Así pues, la repartición de las riquezas y los honores se harían de acuerdo a la graduación individual dentro de la sociedad, guardando una proporción matemática en la distribución. (Ver figura 1)

El resultado de estas desigualdades, dio como resultado el que los soberanos y gobernantes tuvieran mayores exigencias morales y por lo tanto, mayor honor y riqueza. Y como los súbditos jamás lograrían alcanzar la

Tabla 2. Tres Generaciones de los Derechos Humanos

TRES GENERACIONES DE DERECHOS HUMANOS			
DERECHOS HUMANOS		VALOR MORAL GUÍA	MODELO DE ESTADO
1° Generación: Civiles y Políticos	<ul style="list-style-type: none"> • Vida • Integridad Física • Salud • Libertad • Propiedad 	Libertad	Estado de derecho
2° Generación: Económicos, Sociales y Culturales	Asistencia a la Salud	Igualdad	Estado social de derecho
3° Generación: Paz y Medio Ambiente	Solidaridad		Estados solidarios entre sí

Tomado de: ESCOBAR TRIANA, Jaime. La ley 100 de seguridad Social: Implicaciones Bioéticas. Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque 1999 Vol.9 (Pagina 22)

gloria de su gobernante, entonces debían tener hacia él obediencia, como un padre a un hijo. Finalmente, esto desencadenó las relaciones de carácter paternalista entre médicos y pacientes. (Ver figura 2)

Por supuesto que no hay que dejar de lado la propuesta de la justicia conmutativa, la cual es la que se presenta en las relaciones privadas entre semejantes. (Ver figura 3)

Pero no sólo los derechos naturales y su repartición fueron motivo de interés, pues al crecer la posibilidad de modificar el medio en que nos encontramos a través de la ciencia y la tecnología, se dio inicio a nuevas formas de relaciones humanas basadas en estos cambios, amplificando con ello la expectativa en cuanto a los derechos humanos y cómo éstos tendrían un impacto en la vida de las sociedades y sus dinámicas.

Ahora bien, si tenemos en cuenta que dentro de los derechos humanos de primera generación se encuentra el derecho a la vida y a la integridad física – salud– asumiendo la libertad como valor moral guía, y en los de segunda generación encontramos el derecho a la asistencia en salud dentro de la igualdad; se puede interpretar que el concepto de justicia sanitaria, es un referente de bienestar individual y social a través del tiempo encomendado a los médicos. Es claro, que éstos a su vez asumieron la responsabilidad de generar acciones mediante las cuales se buscara el bienestar de todos y cada uno de los pacientes de su comunidad, puesto que en su posición de sanadores se convertían en garantes de una alta exigencia moral, dadas las virtudes desarrolladas por encima de la población general; lo cual era sinónimo de prudencia, buen juicio y confiabilidad.

Ahora bien, al contextualizar lo expuesto anteriormente, en nuestro tiempo, vemos que la situación frente a la que nos encontramos, está enmarcada en la pregunta de ¿Cómo la sociedad asigna el acceso a los diferentes puntos de la atención en salud y cómo reparte las cargas y los esfuerzos para lograr un nivel determinado en salud de la comunidad?

La situación colombiana del servicio de salud previa a 1993, estaba representada por la prestación de servicios a cargo de los monopolios estatales, a los que el acceso estaba limitado a los trabajadores privados y los públicos que cotizaban para dicho servicio. La atención de las personas afiliadas del sector privado, se hacía en el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y los servidores públicos contaban con la asistencia brindada por las cajas de previsión social. En cuanto a las personas que no estaban afiliadas a éstos servicios, tenían que asumir los costos de la asistencia

Para la Bioética, es de gran interés el tema de justicia en general y en particular lo referente a la justicia en la atención en salud, dado que es un tema de complejo abordaje, ya que la salud, si bien está contemplada dentro de la esfera de percepción individual, con el sólo hecho de que el Estado haya tomado parte para verificar que todas las personas tengan acceso al servicio de salud, la convierte en una tarea asumida por las políticas de salud pública.

médica, los tratamientos médicos y quirúrgicos, si contaban con el capital para hacerlo; de lo contrario, debían asistir a los hospitales públicos (PRECIADO, N. 2008:32).

Teniendo en cuenta el alto costo que representaba esta forma de cobertura, ya que el modelo de salud estaba planteado con base a la financiación estatal encaminada a la oferta, se tomaron aspectos de la economía con el fin de optimizar los recursos que se tenían haciendo que la cobertura fuera más amplia y que la calidad se mantuviera en estándares de excelencia propios de la actividad médica, como ya se había mencionado anteriormente.

Es así, como se introdujo a la tradicional forma de relación médico – paciente, conceptos instrumentales de la economía como la eficiencia, que será tema del siguiente punto.

Figura 1. Justicia Distributiva

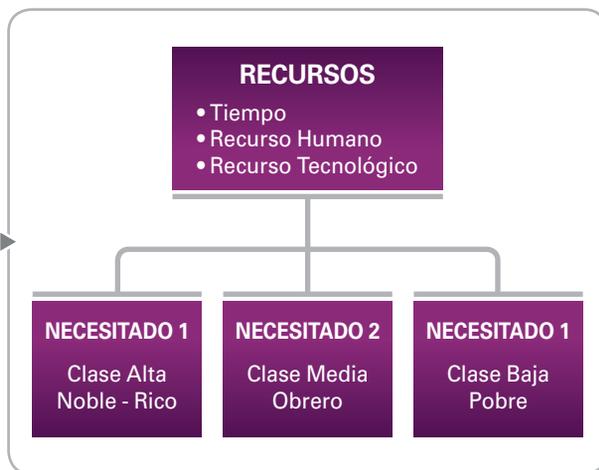


Figura 2. Paternalismo.



Figura 3. Justicia Conmutativa.



2.2 Eficiencia vs ética médica

Sin tener la intención de hacer juicios al saber relacionado con el área de la economía, tomaremos unas ideas propuestas por los doctores Diego Gracia y José Félix Patiño, quienes desde su conocimiento y postura médica nos muestran cómo se introducen elementos técnicos de la economía, como por ejemplo la eficiencia en la labor médica, generando un nuevo momento de crisis en el quehacer médico debido a la incorporación de nuevos elementos de juicio a la relación médico paciente, vulnerada ya por la decepción de los pacientes al no tener lo prometido por la ciencia médica durante el positivismo.

Para este objetivo vemos necesario que exista por parte de nosotros una mayor claridad en conceptos de beneficencia, riesgo – beneficio y costo – efectividad. Ello, en atención al sustento de las políticas económicas de evaluación del acto médico.

2.2.1 Beneficencia como principio de la ética bio-médica:

si bien la propuesta hecha por Beauchamp y Childress, está encaminada a la relación de cuatro principios de ética biomédica, es importante para nosotros revisar el criterio de Beneficencia, pues de éste parte un concepto que implica no sólo no hacer daño (*primun non nocere*), sino que necesariamente involucra una acción que genere bienestar en la otra persona.

Por supuesto, no para todos es igual el concepto de beneficencia; pero en términos de políticas sociales e institucionales relacionadas con la atención clínica, es importante basar las decisiones en un juicio racional del beneficio obtenido en relación con el costo y el riesgo de determinada acción.

No para todos es igual el concepto de beneficencia; pero en términos de políticas sociales e institucionales relacionadas con la atención clínica, es importante basar las decisiones en un juicio racional del beneficio obtenido en relación con el costo y el riesgo de determinada acción.

107

Iniciaremos dando unas definiciones sobre los puntos que se desarrollarán a lo largo de este apartado, con el fin de facilitar la explicación de su interrelación:

- **Beneficio:** Evitar costos y disminución de riesgos. Consecución de un valor positivo y no está expresado en términos de probabilidad.
- **Costos:** Recursos monetarios que se necesitan para obtener un beneficio. Efectos negativos, relacionado con la consecución de un beneficio posterior.
- **Riesgo:** *Possible* daño futuro y se especifica como un adversidad frente a los intereses de la vida, la salud y el bienestar. Este puede clasificarse según la probabilidad o según la magnitud. La valoración del riesgo, implica aceptar los riesgos identificados y los estimados en relación con otros objetivos, por ejemplo, con la búsqueda de un beneficio.

En cuanto a la percepción del riesgo, ésta puede modificarse según la valoración de un especialista del tema a tratar, así pues las variaciones que se presentan pueden estar en relación con los objetivos propuestos.

Los análisis en donde se comparan los costos con los beneficios y los riesgos de las acciones biomédicas se han utilizado ampliamente en la formulación de políticas de salud pública, a pesar del continuo debate que generan estos balances. Pero se mantiene su utilidad, ya que es una forma cuali – cuantitativa de medición de los beneficios obtenidos, haciendo una contención de costos en la actividad de atención en salud; evitando así valoraciones subjetivas.

Para la comparación Costo – Beneficio, se ponen las dos condiciones en términos monetarios, dándole

una valoración cuantitativa. En el cotejo costo – efectividad, se le da una ponderación de tipo cualitativa, en años de vida ajustados a la calidad (QUALY) con una inversión determinada de dinero.

Cuando se analiza la relación del riesgo y el beneficio, se ponderan los dos puntos en términos cualitativos, buscando que la exposición a cierto procedimiento biomédico no supere el riesgo al beneficio.

Aunque estos estimados son valiosos desde el punto de vista de contención de gastos, principalmente en economías en transición como la nuestra, no hay que dejar de lado que en las relaciones humanas en general se presentan un sinnúmero de valoraciones subjetivas basadas en la percepción individual, que también resultan claves dentro de un proceso de evaluación de la calidad en la atención clínica.

2.2.2 Eficiencia como herramienta de la economía: a lo largo del escrito, hemos mostrado cómo la evolución del pensamiento no se da en forma aislada, sino que se va concatenando de acuerdo con los planteamientos de cada momento histórico. Por ejemplo, para Aristóteles según lo muestra Diego Gracia, la economía por ser una creación del hombre racional, debía estar subordinada a la ética (GRACIA, D. 1998:177-187).

La explicación está relacionada con la correspondencia de los recursos naturales y la actividad del hombre para transformarlos. Es decir que la naturaleza ofrece una materia prima, el hombre con trabajo le da un valor agregado a ese material primario y lo convierte en posibilidad, lo cual genera subsiguientemente la riqueza,

entendida ésta como “el conjunto de posibilidades positivas de vida que posee un individuo o una sociedad.” (GRACIA, D. 1998:177-187).

La riqueza, puede medirse por la acumulación de bienes o dinero, lo cual se transforma en capital financiero entendido como “puro valor acumulado, que no consiste directamente en recursos, ni en trabajo.” (GRACIA, D. 1998:177-187). Tener un capital, permite adquirir nuevas posibilidades de vida ya que posibilitan la adquisición de nuevos recursos, de más trabajo o de productos terminados, fruto de otros procesos.

Para alcanzar el objetivo de tener un capital, es necesario lograr la máxima eficiencia una vez precisadas las condiciones de inicio⁸. Entonces, podría decirse que el objetivo primordial de la eficiencia, es el de tener el máximo rendimiento dentro de un proceso realizado al menor costo. (Ver figura 4)

Figura 4. Proceso para obtención de Capital



El conflicto de esta forma de producción se presenta cuando una acción puede ser eficiente para la persona que la realiza, pero termina siendo ineficiente para otros individuos involucrados en el proceso, viéndose afectados por esto. Dentro del proceso de optimización de la producción se puede hacer que otros asuman la relación costo –beneficio. Esto generaría unos rendimientos por debajo de lo considerado como recomendable.

Con respecto a este punto de inversión y producción, Diego Gracia, escribe:

“Cuando se invierten recursos por encima del punto óptimo, el costo empieza a crecer muy de prisa, y el beneficio a crecer muy lentamente. Desde el punto de vista económico, lo lógico es detener el crecimiento de la inversión, aunque ello suponga privar de un pequeño beneficio a uno o muchos individuos. Lo cual plantea el problema de saber si eso es correcto o no correcto”. (GRACIA, D. 1998:177-187).

Por su puesto es el fundamento de este escrito encontrar uno de los puntos que ha llevado a la actual crisis en el seno de la profesión médica, entre otros, generada por la inclusión de criterios de economía en el ejercicio médico. Es claro que para la mayoría de las personas, la percepción de enfermedad está basada en la subjetividad del individuo quien desde su contexto único presenta dolencias, no siempre medibles dentro de una proporción estadística, lo que dificulta la valoración del costo – beneficio del tratamiento de estos pacientes. Ahora bien, si se pretende dar un servicio de calidad con los conceptos de eficiencia, entonces lo que habría que sacrificar en pro de la adquisición de un capital empresarial sería *la mano de obra*, pues lo que se vende es un servicio que está muy cercano al terreno de lo intangible.

Lo que nos llevaría a que el médico de algún modo *subsidiara* la atención en salud, disminuyendo sus ingresos y poniendo en riesgo la calidad de vida en lo que respecta a su esfera personal y académica. No hay duda que esta situación de insatisfacción relacionada con la actividad laboral, se vea reflejada en una disminución de la *calidad del servicio*.

Quizás podría ser ésta una de las razones por la que ya no se ve el médico como el símbolo de los más altos valores morales ejerciendo una ciencia humana, sino como cualquier empleado, perteneciente al proletariado de una sociedad.

La situación anteriormente planteada siendo cierta, real y crítica, evocará el grito no tan silencioso e inconfundible por parte de no pocos profesionales de la salud, quienes esperanzados y desde sus propios actos cívicos y legales, propenden por la atención a la salud de la salud en Colombia. (MENDOZA A. 2008).

Por supuesto, todo este malestar social se ha filtrado a la relación entre el médico y el paciente, lo cual genera inconformidad en unos y sensación de desconfianza en los otros.

Con la implementación de herramientas de la economía como la eficiencia en el área de la salud, ya no hablamos de medicina centrada en el paciente, sino de la medicina gerenciada; es decir la atención en salud valorada desde una nueva óptica, pues ésta se convirtió en un servicio de consumo, con el que se pueden realizar actividades de comercialización e intercambio.

2.3 Nuevos agentes en la relación médico – paciente:

En la medida en que el conocimiento médico se fue popularizando, aunque fuera en forma parcial, y el sentido de bienestar dentro del modelo bio–psico–social, se masificó, la salud dejó de ser una situación del ámbito privado, en donde se desarrollaba la relación del médico con el paciente en el domicilio del enfermo sin intervención de otras personas en el quehacer médico; y se convirtió en un derecho por el cual los ciudadanos podíamos reclamar al Estado.

En la medida en que el Estado brindó las condiciones para prevenir las enfermedades, a través de procesos de saneamiento urbano y encaminó esfuerzos en la realización de actividades de promoción de la salud a través de programas de atención de primer nivel, tuvo que involucrar otros saberes para darle operatividad a dichos proyectos. Por ejemplo, fue necesario incorporar administradores para el manejo de los recursos económicos; personal capacitado en ingeniería de sistemas, con el fin de optimizar el manejo de la información. Finalmente se involucraron economistas y abogados que supieran darle el manejo financiero al aseguramiento manejado por las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Con la implementación de herramientas de la economía como la eficiencia en el área de la salud, ya no hablamos de medicina centrada en el paciente, sino de la medicina gerenciada; es decir la atención en salud valorada desde una nueva óptica, pues ésta se convirtió en un servicio de consumo, con el que se pueden realizar actividades de comercialización e intercambio. (PATIÑO, J. 2002:44 – 75).

Entonces el acto médico, el cual era la acción primordial del sistema de salud, en torno del cual giraban todas las actividades, tales como la formación técnico–científica y la ética del profesional médico, dieron cabida a las relaciones comerciales y de productividad, *modificando drásticamente la red hospitalaria y la forma de hacer ciencia dentro de la formación médica.*

A este respecto comenta el senador Carlos Corsi Otálora, que el proceso legislativo, por medio del cual se realizó la modificación de la atención en salud en Colombia, presenta unas fuertes contradicciones entre la parte dogmática e instrumental de la ley.

Con el fin de comprender mejor esta postura, explicaremos que los procesos legislativos, cuentan con tres divisiones, a saber: una *dogmática*, que hace referencia a los principios y fines de la justicia; una *orgánica* que se refiere a la parte operativa donde se ejecuta la ley y un tercer segmento, y una *instrumental*, la cual comprende todos los medios y recursos para alcanzar los objetivos planteados por la ley.

Entonces, en lo que hace referencia a nuestra legislación de salud, tal como lo explica el Senador Corsi, existe una contradicción entre la parte dogmática y la orgánica, puesto que la primera (dogmática) hace referencia a la visión del ser humano solidario y humanista; mientras que la segunda (orgánica) lo muestra como un ser individualista en la que predomina la competencia y la guerra económica contra la solidaridad. De este modo, lo que define el perfil de

las instituciones, es el poder del capital en un sistema de globalización y lo que define al paciente, es verlo como un cliente. (CORSI, C. 2002).

Por supuesto la salud sigue siendo una situación personal vista desde un contexto individual, en la cual deben adoptarse actividades de educación en donde cada uno tome las acciones necesarias con el fin de conservar en su espacio privado la salud, dentro del modelo de bienestar bio – psico – social. Pero cuando las condiciones ameriten asistencia médica, para restablecer la salud de determinado miembro de la comunidad, éste debe mantenerse al margen de las discrepancias en las posturas económicas de quienes realizan la actividad asistencial y administrativa del servicio actual de salud. Garantizando así lo fundamental de la profesión médica: EL BIENESTAR DE QUIEN NOS NECESITA.

CONCLUSIONES

Luego de un trabajo de lectura y análisis relacionado con los cambios en torno a la relación médico-paciente, y a la crisis por la que atraviesa el ejercicio médico en el contexto actual de la atención en salud, podemos concluir lo siguiente:

1. La medicina no siempre ha sido considerada como ciencia, ya que era considerada históricamente como un oficio, hasta que fue adoptada por la facultad de Filosofía y le dio un nuevo significado, tanto en la jerarquía académica, como en el reconocimiento socio – cultural.
2. Una vez alcanzado el estatus de ciencia y la caracterización de profesión, la medicina va teniendo en cuenta las definiciones de profesión y se han mantenido a través del tiempo. Consideramos una exageración afirmar que el cambio en la legislación en salud en Colombia desencadenó la desprofesionalización de la medicina, pues se mantiene el estudio biotecnológico y formación ética de los médicos. Si bien es cierto esto se ha venido desarrollando dentro de un contexto diferente al tradicional, podría tomarse como un momento de crisis dada la transitoriedad de la inclusión de nuevos actores en el acto médico como tal.
3. Si bien es cierto que la actividad del médico se ha visto influenciada a través de la historia por los contextos de cada época en que se ha desarrollado, es fundamental resaltar las condiciones importantes de cada momento sin extrapolarlos literalmente a una

nueva situación; pues esto pondría a la ciencia médica en una situación anacrónica y descontextualizada. Por ejemplo, citar en propiedad el *Corpus Hippocraticum* no estaría del todo vigente, pues lo registrado allí, era ley para quienes pertenecían a la escuela Pitagórica. Así que al extrapolar dichos paradigmas, en relación con la atención médica estaría fuera de argumento en muchos puntos, pues en el momento en que se realizaron dichos escritos, no contaban con los avances tecnológicos que hoy tenemos y por ello no estaban enfrentadas a las dicotomías éticas suscitadas por estos cambios.

4. Con el fenómeno de popularización de la información, la sociedad en general se siente con el derecho de evaluar *como par*, a los prestadores de salud, así la interpretación de los datos sea errada. Es decir, con la disponibilidad de la información que facilita la consecución de los elementos técnicos (Con diferente grado de complejidad y veracidad) sobre cualquier tema disponible en la internet, se hacen juicios sobre la prestación del servicio de salud, *pero sin el conocimiento, ni la experiencia suficientes*. Esta situación exige entonces que los médicos no sólo conozcan la información técnica, sino el criterio profesional para analizarla.
5. La estratificación de los servicios de atención médica, se ha mantenido a lo largo de la historia y en Colombia no hay perspectiva de cambio por ahora. Esto es evidente en los cuatro niveles de atención en salud vigentes: Medicina Pre – pagada, Plan Obligatorio de Salud con su régimen contributivo y subsidiado y por último, los vinculados, es decir los que no tienen nada.
6. Si bien se ha de mantener la eficiencia en relación con el servicio de salud y la esencia del servicio de salud es la relación médico – paciente, entonces hay que analizar lo siguiente: si lo óptimo, hablando de un proceso de producción para acumulación de riqueza, debe estar asociado a un excelente servicio a un bajo costo; entonces hay que considerar ¿cuáles de los procesos planteados por los diferentes saberes no médicos, dejan de aportar un valor agregado al proceso de atención en salud? con el fin de eliminar intermediarios “inútiles” dentro del procedimiento. Generando así mayor estabilidad laboral, y mejores condiciones académicas y personales al profesional de la salud con el fin de tener progresivamente una relación médico – paciente basada en el respeto mutuo y la confianza.

NOTAS

- 1 Leyes de 1° orden: Son las que hacen referencia a las leyes morales, dadas por la capacidad humana de rendirse cuentas a sí mismo. Leyes de 2° orden: Leyes jurídicas, dictadas por los hombres representante de una comunidad y se están basadas en las de primer orden.
- 2 Asclepiada: "...varón de la estirpe del divino Asclepio; se consideraba miembro del inventivo y esforzado grupo de hombres que con arte salvó a la primitiva humanidad de su extinción (sobre la medicina antigua) y era técnicamente capaz de mejorar la naturaleza de sus semejantes (sobre la dietética)..." tomado de: Espasa. LAÍN, P. (1998).
- 3 Manifiesto: escrito en que se hace pública declaración de doctrinas o propósitos de interés general. ESPASA: 12: 7415.
- 4 Prometeo: personaje mítico griego, quien fue considerado el creador de los hombres, a quienes les entrego el fuego que le había robado a los dioses del Olimpo y además les entrego algunos conocimientos divinos, como la metalurgia. Hecho por el cual Zeus lo castigó y en represalia a la humanidad le envió la caja de Pandora.
Según el mito, Pandora fue la primera mujer creada por Hefestos, por solicitud de Zeus, para la desgracia humana y en su caja estaban contenidos todo el bien y todo el mal. Pandora, llevada por la curiosidad, abrió la caja y se liberó todo este maremágnum de saberes y en el fondo de ésta solo quedó la esperanza.
- 5 Consultar los 5 volúmenes de la obra de Diego Gracia Guillén, Editorial El Búho, Bogotá.
- 6 Hedonismo: Doctrina que proclama como fin supremo de la vida la consecución del placer. Tomado de gran enciclopedia ESPASA: 10:5805.
- 7 Comentario: tal vez en éste punto histórico fue donde perdimos credibilidad, porque a pesar del gran avance tecnológico y técnico de la aplicación de la ciencia médica, no se lograron curar todas las enfermedades, ni aliviar las dolencias no corporales de los pacientes, así que podría decirse que frases como la de Félix Martí Ibañez reflejaban lo que significaba ser médico: "...pues ser médico es mucho más que un mero dispensador de píldoras o un carpintero médico que remienda y compone carnes y almas rotas. El médico es una piedra angular en la sociedad humana y un intermediario entre el hombre y Dios". Quizás nos comprometimos a mucho y cumplimos muy poco, lo que trajo como consecuencia la decepción a la comunidad en general y se desencadenó un hábito de desconfianza en la relación médico – paciente.
- 8 Para determinar las condiciones de inicio, se tienen en cuenta los elementos tangibles tales como recursos y trabajo, pero también los no tangibles, como preferencias y deseos de los sujetos involucrados en el proceso.

REFERENCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA. (2002). *Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la salud Parte II: Impacto de la Reforma de la seguridad social en salud sobre la medicina como profesión y como ciencia*. 1 edición. Bogotá, Colombia: José Félix Patiño Restrepo.
- BEAUCHAMP L, TOM y CHILDRESS F, JAMES. (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona, España: Masson, S.A.
- CRUSET, JOSÉ (1971). *Crónica Hospitalaria*. Barcelona: Editorial Hospitalaria.
- CORDOBA PALACIO, RAMÓN. (2005). *La Bioética y la Práctica Médica Post moderna*. Serie Bioética V. Medellín, Colombia: Instituto de Ética y Bioética. Universidad Pontificia Bolivariana.
- CORSI OTÁLORA, CARLOS. (2002). *La reforma de la reforma en Salud. Ley 100 de 1993 y Crisis de la salud parte II Impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la medicina como profesión y como ciencia*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.
- GALVIS, CRISTIAN. (2002) *Justicia Sanitaria*. Bogotá: Colección Pedagogía y Bioética. Universidad El Bosque.
- GARCIA, FREDDY. (2008). *Paternalismo médico*. En Diccionario Latinoamericano de Bioética 1° edición. Bogotá: Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura (UNESCO) y la Universidad Nacional de Colombia.
- GRACIA, DIEGO. (1998). *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Estudios de Bioética. 4 edición: el Búho.
- GRAN ENCICLOPEDIA ESPASA. (2005). Volumen 15. Colombia: Editorial Planeta.
- LAÍN ENTRALGO, PEDRO. (1998). *Historia de la medicina*. Madrid, España: Editorial Masson.
- MARTÍNEZ, GIL, LUIS. (2002). *San Juan de Dios. Fundador de la fraternidad Hospitalaria*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos
- MARTÍNEZ, FÉLIX, ROBAYO, GABRIEL, VALENCIA, OSCAR. (2002) ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud?: A ocho años de la reforma en Colombia. Bogotá, Colombia: Fundación para la investigación y desarrollo de la salud y la seguridad social (FEDESALUD).
- MENDOZA APARICIO, ALBERTO G. (2008). *El Colegio Nacional de Médicos Generales de Colombia y la salud de los colombianos*. Bogotá: EN: Intervención ante el Congreso de la República, 26 de septiembre 2008.
- PATIÑO RESTREPO, JOSÉ FÉLIX. (2002). *Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud. Un dilema ético y un imperativo social. Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud*. Bogotá: Parte II; p. 40 – 41.
- PRECIADO, NÉSTOR (2008). *Ley 100, al tablero*. EN: Poder. Bogotá: Edición 03 – 20, No 62; 15 de noviembre de 2008; P 28 – 34.
- POTTER, VAN RENSSLAER. (1999). *Conferencia: Bioética puente, Bioética global y Bioética profunda*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética No 7: O.P.S – O.M.S.
- RODRIGUEZ, CARLOS EDGAR. (2006). *Aportes a la evaluación de la evaluación de la reforma en salud en Colombia*. Bioética, Justicia y Salud. Bogotá: Colección Bios y Ethos No 25. Universidad el Bosque.
- ROLDAN GARCÍA, SANTIAGO (2005). *Teología e Bioética*. Brasil: Cadernos Teología Pública, Instituto Humanitas Unisinos. Revista No. 14.
- ROLDAN GARCÍA, SANTIAGO. (2012). *Una propuesta bioética ante una cultura ambiental*. En LEÓN C., Francisco Javier (Editor) Bioética global, y debates al inicio y fin de la vida humana: 20 años de FELAIIBE. Santiago de Chile: FELAIIBE, Sociedad Chilena de Bioética y Fundación Ciencia y Vida; 2012. ISBN: 978-956-345-993-7.
- KATZ J. (1984). *The silent world of doctor and patient*. New York: The Free Press.