

# LA ÉTICA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

José Félix Patiño R.\*

## RESUMEN

La ética médica se enseña sobre tres principios fundamentales: beneficencia, autonomía y justicia. En la medida que factores económicos acrecientan su influencia sobre los sistemas de salud, la justicia, o sea la equidad, adquiere mayor preponderancia. Es cada vez más pronunciado el conflicto entre la "ética corporativa" de las entidades intermediarias (EPS, ARS, ARP<sup>\*\*</sup>) creadas por la Ley 100 de 1993, como parte fundamental del nuevo Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y la ética hipocrática, o ética médica. El SGSSS está causando una grave desprofesionalización de la medicina, al tiempo que ha creado inequidad, favoreciendo a los afiliados más pudientes y limitando los servicios y el acceso a los desfavorecidos. En el nuevo esquema, los hospitales públicos universitarios, escenarios principales de la educación médica colombiana, están en vías de desaparición. La comercialización de la atención de la salud modifica la concepción misma de la moral social, al reemplazar el imperativo hipocrático, que busca siempre el beneficio del paciente, por un esquema económico, que somete el acto médico a los objetivos de lucro de la industria y al poder de un mercado imperfecto. Tales los dilemas éticos que enfrenta la medicina colombiana en el contexto de la reforma de la seguridad social en salud, impuesta por la Ley 100, de diciembre de 1993.

**PALABRAS CLAVE:** Palabras clave: ética, moral, deontología, atención médica, sistemas de salud, profesionalismo, gestión en salud.

## ABSTRACT

*Medical ethics are taught founded on three basic principles: beneficence, autonomy and justice. As much as economic aspects increasingly influence health care systems, justice, that is equity, becomes panoramic. We are experiencing growing conflict between "corporate ethics" of health care institutions such as EPS, ARS and ARP, created upon Bill 100 of 1993, as hallmark of new Social Security General System, and Hippocratic ethics or medical ethics. Such new system is cause of decadence on medicine practice in our country, arising inequity by favoring wealthy affiliates and consequently restraining access and health services to the poor. In this new scheme, faculty public hospitals, as a major entity support of medical education, are in real danger of extinction. Health care based mainly on profit making goals deeply affects notion of social commitment by displacing Hippocratic essential aimed to patient benefit for an economic frame that submits medical practice to commercial oriented management of profession and to the competence of an ill-conceived market. These are ethical dilemmas faced by Colombian medicine practice in frame of social security reform on health care, enacted by Bill 100 of 1993.*

**KEY WORDS:** *ethics, moral, deontology, health care, health care systems, professionalism, health care management.*

**W**. T. Branch, profesor de Medicina Interna en la Universidad de Emory, se ha referido a cómo la ética del cuidado de las personas ("ethics of caring"), aunque ha sido un tema de reciente discusión por parte de filóso-

fos, apenas ha tenido aplicación en la ética médica y en la educación médica. "Basada en la receptividad (esto es, empatía y compasión) hacia la responsabilidad por otras personas, la ética del cuidado tiene particular pertinencia en medicina. El cuidado ("caring") es lo

\* MD, FACS (Hon.). Miembro de Número y ex Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Ex Ministro de Salud de Colombia.

\*\* EPS: Empresas Promotoras de Salud; ARS: Administradoras del Régimen Subsidiado; ARP: Administradoras de Riesgos Profesionales.



que guía al médico para ser siempre el defensor de los intereses del paciente y a mantener la relación terapéutica al confrontar y resolver problemas éticos”.

La ética médica ha sido enseñada sobre tres principios fundamentales: beneficencia, autonomía y justicia. En la medida que factores económicos acrecientan su influencia sobre los sistemas de salud, la justicia, o sea, la equidad, adquiere mayor preponderancia. La Academia Nacional de Medicina de Colombia se ha referido al conflicto, cada día más pronunciado, entre la “ética corporativa” de las entidades intermediarias (EPS, ARS, ARP) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), que estableció la Ley 100 de 1993, y la ética hipocrática, o ética médica.

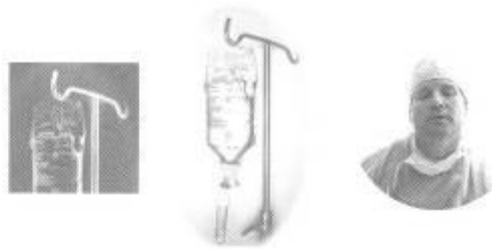
En efecto, el SGSSS está causando una ominosa desprofesionalización de la medicina, al tiempo que ha creado una terrible inequidad, favoreciendo a los afiliados más pudientes, los del régimen contributivo y la medicina prepagada, mientras los del régimen subsidiado ven cómo sus planes de atención son cada vez más restringidos, y, lo más grave, el creciente número de “vinculados”, o sea, de personas no afiliadas al SGSSS, han quedado prácticamente por fuera de la atención, puesto que el lugar donde se los atendía, el hospital público, se halla en crisis y en vías de extinción.

Al significado de la comercialización de la atención de la salud, que implantó la Ley 100, se ha referido el autor en artículos sobre la desprofesionalización de la medicina (Patiño, 2001, 2002). “La comercialización de la atención de la salud modifica en forma drástica la concepción misma de la moral social, al reemplazar el imperativo hipocrático, que busca siempre el beneficio

del paciente, por un esquema económico que somete el acto médico a los objetivos de lucro de la industria y al poder del mercado. En tal esquema, el proceso de decisión se sustrae del ámbito intelectual y científico de la profesión médica y pasa a manos de la burocracia administrativa de la corporación, convirtiendo al médico en un operario de la infraestructura corporativa creada con ánimo de lucro”.

La Academia Nacional de Medicina, en el prefacio del informe *Ley 100: Reforma y Crisis de la Salud* (1999), se pronuncia en estos términos: “En esencia es la conversión de la medicina, que como disciplina intelectual es una profesión de compromiso social, en un oficio que, al disminuir costos, resulte en mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias. Esta nueva interpretación económica es una negación del humanismo en una de sus expresiones más puras, cual es el ejercicio de curar y de velar por la salud mediante el profesionalismo médico. Al tiempo que la reforma abre oportunidades, también significa grandes peligros de perjuicio social. En esencia, la responsabilidad social del Estado ha sido transferida a entidades comercializadoras, con lo cual las empresas suplantán la gobernanza política y el concepto de rendimiento industrial aplasta la milenaria moral hipocrática. La ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, es reemplazada por una todavía no bien definida ética corporativa, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal” (Academia, 1999).

Dicen Wynia y colaboradores, en un editorial publicado en 1999 en el *New England Journal of Medicine*: “Hoy, en los albores de un nuevo siglo, el genuino profesionalismo médico está en peligro. En forma creciente el médico confronta incentivos financieros



perversos, una feroz competencia mercantil y la erosión de la confianza del paciente”.

El modelo de “*managed care*” o “atención gerenciada de la salud”, que estableció en Colombia la Ley 100 de 1993, es de puro corte neoliberal y plantea para el médico un nuevo contrato social. Pero no hay que confundirse en esto del nuevo contrato social: el contrato social entre la medicina y la comunidad reside en el profesionalismo, y el profesionalismo lleva implícito un compromiso de servicio al paciente y a la sociedad, no importa cuál sea la modalidad de aseguramiento o de pago.

El profesionalismo médico es más que una actividad incrustada en el concierto de las actividades humanas; es más que una manera de aplicar los resultados del progreso tecnológico y científico para beneficio de la sociedad; es más que una acción orientada a la distribución equitativa de un bien, el cuidado de la salud. El profesionalismo médico es una fuerza estructuralmente estabilizadora y moralmente protectora de la sociedad, es uno de los pilares que asegura su estabilidad (Sounding board, *NEJM*, Nov. 18, 1999).

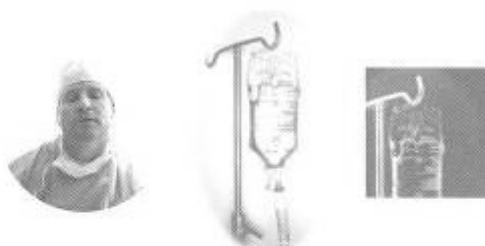
Jaime Campos, en la Conferencia Lombana Barreneche durante el XVIII Congreso Colombiano de Medicina Interna, expresó: “No podemos permitir que la burocracia, la productividad y la intermediación, entre otros, oscurezcan nuestro juicio, anulen nuestra vocación y por ende nuestra razón de ser. Nuestra responsabilidad es con el enfermo, es con la Ciencia y el Arte de la Medicina, y a través de esta, con la sociedad”.

Todo lo anterior está estrechamente relacionado con la ética de la atención, en la cual, en el contexto de la

relación médico-paciente, sobresalen las decisiones de orden moral y el encuentro cara a cara. La relación médico-paciente, y la comunicación personal que esta conlleva, es el punto de partida de cualquier discusión ética. En el ambiente clínico, el médico que atiende a un paciente debe exhibir dos atributos primarios: receptividad y responsabilidad. Aunque la receptividad crea el fundamento para la atención, el asumir la responsabilidad es la manera como se realiza la atención, y los estudiantes deben aprender a traducir receptividad en responsabilidad. Y “asumir la responsabilidad, en el marco de la ética de la atención, quiere decir atender a otra persona a pesar de los obstáculos, sean estos institucionales o personales. En nuestro programa pedimos al estudiante que asuma el papel del médico que enfrenta tales obstáculos” (Branch, 2000).

El hipocratismo en el cual nos movimos en el pasado se fundamentaba en una sacrosanta relación del médico con el paciente, y la interfaz era fundamentalmente la confianza, el elemento que hizo que tal relación fuera tan eficaz y tan efectiva. Ahora, en el modelo de atención gerenciada, ya no tenemos un *paciente*, sino un *consumidor*. No se trata simplemente de vocablos: no es lo mismo decir *paciente*, que *consumidor*, *cliente* o *usuario*. No es un problema de terminología. Es más bien algo de significado filosófico, algo que el nuevo sistema ha cambiado de manera profunda y que incide sobre la forma y la calidad de la atención.

En efecto, miremos el nuevo sujeto, el *cliente*, en el nuevo sistema de salud. El *cliente* de un plan de salud no es lo mismo que el *usuario* de un servicio de salud, y, sin embargo, es la misma persona. El cliente busca un plan, y generalmente lo escoge por ser el más económico, “voy a buscar el que menos me cueste”. Pero



cuando llega el momento de usar el servicio; la situación es distinta, porque lo que ahora cuenta es la calidad y ya no el costo: "lo que quiero es óptima calidad de la atención". Y las empresas aseguradoras, o sea, las intermediarias en el sistema de salud que creó la Ley 100, contratan servicios no por calidad, sino por menor precio, por menores tarifas. Y en la ejecución de los contratos aplican una tenebrosa contención de costos y diversas trabas para el buen ejercicio médico, lo cual se traduce en baja calidad. En tal escenario es muy difícil conciliar la "ética corporativa", la del mercado de la salud, con la ética médica, la ética hipocrática.

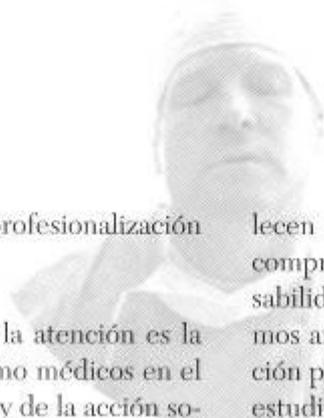
Como lo dice Milton Friedman, máximo ideólogo del neoliberalismo, la responsabilidad social de una corporación es con sus accionistas, a los cuales deben llegar los mayores dividendos. Tal la filosofía y tal el propósito de una corporación. Ahora, cuando en Colombia la atención de la salud se convierte en un negocio, la suprema preocupación de las empresas intermediarias es la contención de costos para un mayor margen de utilidad. Se enuncia la calidad, pero esta parece estar lejos de ser preocupación fundamental. Hasta ahora, el SGSSS ha desconocido la calidad como propósito, y para este fin no se registra inversión alguna en lo que va corrido desde la promulgación de la Ley 100 de 1993.

La conversión del *paciente a consumidor, de paciente a cliente*, implica que ahora este se ve ante dos amenazas principales. La primera, la desaparición del médico como su agente, como el defensor de sus derechos, por la creciente dependencia del médico de la estructura corporativa, la cual gobierna su actividad profesional. La segunda amenaza es que el paciente va desapareciendo más y más como persona. No son los médicos quienes están deshu-

manizando la medicina: son los nuevos sistemas de atención gerenciada de la salud, son las instituciones intermediarias, es la burocracia corporativa, la cual ahora ve al paciente como el *consumidor de un producto*, en la concepción de la atención de la salud como una industria en un mercado imperfecto y, por lo demás, escasamente controlado por el Estado.

En la industria médica, y suena tan raro decir eso, hay dos dimensiones: una social, que se traduce en preocupación económica y nada más que en eso, y otra estructural, que es administrativa. Pero faltan otras dos dimensiones muy importantes. La primera es la científica: uno no ve a las EPS, a las ARS o a las ARP haciendo inversiones en desarrollo científico o en educación y capacitación, y mucho menos en investigación. La otra dimensión ausente es la ética deontológica, basada en el principio hipocrático al que hemos hecho referencia. De manera que sí creo que hay diferencias éticas grandes entre la atención médica de talante hipocrático y la atención médica de carácter corporativo.

En la atención de la salud estamos pasando de una cultura médica a una cultura corporativa, de una cultura de la salud como servicio social a una cultura de la salud como negocio, y el cuerpo médico está sufriendo el cambio. ¿Pero ocurre *porque irremediablemente tiene que ocurrir*? No sé si debe ser así, pero sí sé que nuestra obligación es participar en la orientación, en la estructuración y en la definición de esa cultura corporativa, para que si la ética hipocrática ha de ser reemplazada por una nueva "ética corporativa", se conserven los principios de defensa de los intereses del paciente y de autonomía intelectual de la medicina. Porque nos estamos enfrentando al desconocimiento y abandono del imperativo hipocrático, al surgimiento



de un mandato burocrático, a la desprofesionalización de la medicina.

Como lo afirma Branch, la ética de la atención es la que debe guiar nuestras acciones como médicos en el nivel macro de la justicia distributiva y de la acción social. Esta afirmación cobra especial valor en el medio de la atención gerenciada de la salud.

Por otra parte, los hospitales universitarios del sector público, que son los escenarios educativos a disposición de las facultades de medicina, los cuales deberían ser centros de excelencia científica y tecnológica, donde se provea la vivencia de la moderna ciencia biomédica, la biomedicina, que constituye el paradigma del gran avance y el triunfo de las ciencias biológicas logrados en la segunda mitad del siglo XX, en un ambiente de erudición e inquietud intelectual, se han venido a menos y se encuentran en una crisis sin antecedentes en la historia del país.

La actual crisis de los hospitales públicos no permite ejercer medicina de calidad. La carencia de recursos es alarmante e impide realizar hasta los más elementales procedimientos. En muchos de estos hospitales no se puede hablar de calidad, porque ya no hay manera de atender a los pacientes, lo cual constituye un atentado contra la ética del cuidado de la salud. Y sin embargo, estos son los escenarios educativos para los estudiantes de medicina.

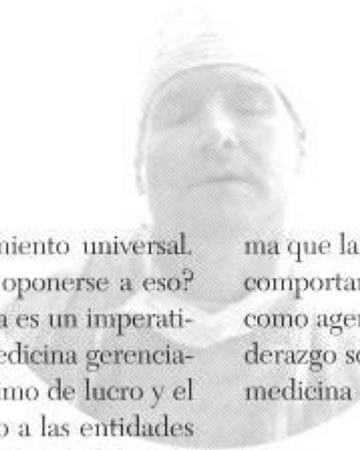
La mayoría de los centros de atención primaria tampoco constituyen el mejor lugar para dar buena atención médica, ni el mejor ambiente educativo en nuestro medio colombiano, donde tales centros son de extrema pobreza: carecen de elementos y en ellos preva-

lecen bajos niveles científicos y tecnológicos. Con un comprensible, pero distorsionado, sentido de responsabilidad social, las facultades de medicina en los últimos años se han preocupado por actividades de atención primaria y de carácter comunitario, y lanzan a sus estudiantes a regiones periféricas, para estar "en contacto con la realidad del país". Tales programas de rotación extramural se ejecutan en ambientes carentes aun de los recursos mínimos para la docencia y la capacitación, con muy escasa, si alguna, supervisión por parte de la facultad y ausencia absoluta de medios de documentación bibliográfica, sin dirección docente en un entorno de muy bajo nivel científico. En tal contexto también hay serias fallas en la ética de la atención.

Reconociendo que el paciente es el objeto primordial de la actividad profesional del médico, este no es el único propósito del ejercicio médico: los intereses y los propósitos institucionales, las prerrogativas para la práctica, aun las sensibilidades personales, demandan su legítima atención, no solo como necesidad pragmática, sino porque también están implícitos propósitos y quehaceres de clara connotación moral (Luthringer, 1991).

El profesional para el siglo XXI debe adquirir una actitud moral y adoptar una posición ética solidaria, para el buen desempeño de sus obligaciones frente a las cambiantes condiciones de la práctica, las cuales se caracterizan por una creciente presión externa, no solo en cuanto a demanda de servicios, sino en cuanto a la regulación de tipo administrativo y con fines mercantilistas de su ejercicio.

Yo reconozco, y siempre lo he dicho, que la Ley 100 es buena en su concepción, porque cumple unos objetivos



sociales excelentes, como el aseguramiento universal. ¿Quién va a estar en desacuerdo o a oponerse a eso? Considero que desde tal punto de vista es un imperativo social. Pero la instauración de la medicina gerenciada, como actividad corporativa con ánimo de lucro y el gran empoderamiento que se ha dado a las entidades aseguradoras, lleva a que la atención de la salud deje de ser un convenio bilateral humano, basado en confianza y en responsabilidad, para transformarse en un contrato comercial escrito y firmado, que convierte al paciente en "cliente". Uno se pregunta si en ese nuevo escenario corporativo, que convierte la atención de la salud en un negocio, se puede preservar el papel del médico como defensor y representante de los intereses de los pacientes, y que en la medida que esto avance, ¿el médico vendrá a ser más bien un representante de los intereses de la corporación que lo está empleando y no el agente del paciente?

La función de un médico es intensamente moral. No existe una actividad humana más moral que la medicina, por cuanto ella tiene como único objetivo el bien del paciente. Ningún sistema que atente contra la moralidad de la medicina puede ser bueno. Es a través de esta óptica, que es fundamentalmente una de moral social, que planteo esta discusión.

La ética de la atención implica que la "teoría médica formal", junto con el creciente volumen del conocimiento médico, el compromiso de servicio y la aplicación racional de la tecnología, son los factores que determinan la buena práctica médica, los cuales se deben reflejar con solidez en la organización de los sistemas de atención de la salud. Los principios éticos y morales tradicionales de la medicina deben prevalecer en cualquier modelo de atención de la salud, en tal for-

ma que la educación del médico fortalezca su actitud y comportamiento éticos, manteniendo su compromiso como agente del paciente, y lo capacite para ejercer liderazgo social y defender los valores sustanciales de la medicina como profesión y como ciencia.

## REFERENCIAS

1. Academia Nacional de Medicina de Colombia. *Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud*, Academia Nacional de Medicina de Colombia, editado por J. F. Patiño Restrepo y la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina, Santafé de Bogotá, febrero de 1999.
2. Academia Nacional de Medicina de Colombia. *Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud*, parte II, Academia Nacional de Medicina de Colombia, editado por J. F. Patiño Restrepo y la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina, Bogotá, marzo de 2002.
3. Academia Nacional de Medicina. *Foro permanente sobre la calidad de la atención de la salud*, editado por J. F. Patiño, G. Carrasquilla. Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá, diciembre de 2002.
4. Branch, W. T. "The ethics of caring and medical education", *Acad. Med.*, 75: 127-132, 2000.
5. Campos, J. ¿La bioética y el modelo neoliberal son compatibles?, Conferencia Lombana Barreneche, octubre 10 de 2002, XVIII Congreso Colombiano de Medicina Interna, Cartagena de Indias.
6. Friedman, M. *Capitalism and Freedom*, Chicago, The University of Chicago Press, 1982.
7. Luthringer, G. F. "The ethics of ordinary time", *Nutr. Clin. Pract.*, 6: 99, 1991.
8. Patiño, J. F. "La desprofesionalización de la medicina en Colombia", *Acta Méd. Colomb.*, 26: 43-49, 2001.
9. Patiño, J. F. "La desprofesionalización de la medicina", en: *Ley 100: Reforma y crisis de la salud*, parte II. Editado por J. F. Patiño Restrepo y la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá, 2002.
10. Wynia, M. K.; Latham, S. R., Jr.; Kao, A. C. "Medical professionalism in society", *N. Engl. J. Med.*, 18: 1611-1616, 1999.