

LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA EN EL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO: UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA

DENNIS ALEXANDER PRIETO MEDELLIN

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
ÁREA DE INVESTIGACIÓN: BIOETICA Y SALUD
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: BIOETICA Y SALUD
BOGOTÁ, D.C.
2019

LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA EN EL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO: UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA

DENNIS ALEXANDER PRIETO MEDELLIN

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Bioética.

Tutor/es

DRA. MARÍA JANETH PINILLA ALFONSO

DR. EDGAR MONTOYA ÁNGEL

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: BIOÉTICA Y SALUD

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: BIOÉTICA Y SALUD

BOGOTÁ, D.C.

2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del tutor

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá, D.C, JUNIO de 2019

Contenido

La deshumanización de la medicina en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano: una mirada desde la bioética	8
Introducción	8
Bioética, una perspectiva que reivindica la condición humana en la medicina	11
Sistema de salud colombiano, entre la crisis y la rentabilidad. Una mirada crítica	15
Efectos de la mercantilización del SGSSS en la práctica y en la formación médica	21
Consideraciones finales	24
Conclusiones	25
Referencias	26

Agradecimiento

Gracias a mi esposa quien me acompaña en mi camino, con su apoyo en los momentos de crisis, paciencia cuando pierdo la calma, y aliento cuando quise desfallecer. A mis padres por enseñarme a recorrer los caminos de la vida. A mis hijas que son mi inspiración, su presencia es una bendición en mi vida, y representan mi mejor legado en este mundo; y a la universidad quien ha puesto todas las garantías para cumplir mi sueño y me permite culminar mi proceso de maestría.

Dedicatoria

A Diana, sumercé mi piel de ángel, mi camarada, mi aparcera.....

Resumen

El presente ensayo es la materialización de un análisis crítico realizado sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a partir de algunos de los principios de la Bioética desde su perspectiva médica. Resalta la necesidad de considerar con mayor profundidad la condición humana y su dignificación en la atención médica del sistema de Salud Pública del país. Problematiza las condiciones políticas y principalmente económicas desde donde se ha fundamentado el nuevo enfoque del sistema que considera la salud ya no como un derecho exclusivamente, sino como un servicio que puede ser ofertado por entidades públicas y privadas, orientando la atención médica hacia lógicas propias del mercado como la rentabilidad, la eficiencia y la reducción de gastos. Analiza las consecuencias que ello ha generado, no sólo en la atención a los pacientes, sino además en términos de sus consecuencias para la formación y la práctica médica, estableciendo una reducción de las competencias del médico general y la atención despersonalizada y deshumanizada ante los pacientes. Reflexiona sobre la importancia de *humanizar* el sistema de Salud en Colombia y concluye que la crisis del sistema es producto del enfoque Neoliberal que se asumió en el país desde la década de 1990 y que reformó diferentes instituciones del Estado.

Palabras Clave: Bioética, humanización de la medicina, salud pública, práctica médica y formación médica.

La deshumanización de la medicina en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano: una mirada desde la bioética

"No hay peor forma de mutilación espiritual en un médico, que la falta de cultura humanística. Quien carezca de ella podrá ser un gran técnico en su oficio; pero en lo demás, no pasará de ser un bárbaro ilustrado, ayuno de lo que da la comprensión humana y de lo que fijan los valores del mundo moral..."
(Ignacio Chávez, 1999)

Introducción

La deshumanización de la medicina ha sido un asunto de largas reflexiones en el campo médico y de la bioética. La visión biomédica, que privilegia los aspectos técnicos de la ingeniería y el desarrollo tecnológico, sobre el ejercicio médico y las políticas de seguridad social y de salud, ha establecido una perspectiva del cuidado a partir de lineamientos técnicos y normativos que generalmente conduce a una separación de las prácticas médicas de la condición humana de los pacientes (Agrado, 2017). Esto es producto de las transiciones en los paradigmas y modelos del ejercicio médico, teniendo como predominante en la actualidad un arquetipo en el que priman imperativos económicos y financieros que profesan la eficiencia como un principio de la salud (Ávila, 2017), elementos característicos del Neoliberalismo. Naturalmente esto conduce a riesgos morales que desdibujan algunos de los principios que idealmente debería desenvolverse en la práctica médica y un sistema de salud integral para la población.

Para el caso colombiano, el problema se ha abordado como consecuencia de los efectos producidos por la Ley 100 de 1993, con la cual se dispone la salud como un asunto de negocios. Carlos Palacio (2013) argumenta que el foco del problema radica en la participación de intermediarios que cubren responsabilidades adjudicadas esencialmente al Estado, como la de garantizar el acceso al derecho a la salud en las mejores condiciones, según él, la emergencia de

las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) como ente intermediario ha reducido a una mera relación de negocio y rentabilidad el carácter humano de las relaciones médico – paciente y médico – institución prestadora de salud.

Al respecto del elemento de lo humano en la medicina, el Dr. Jaime Escobar Triana (1997) ha elaborado una profunda reflexión en su libro *Dimensiones ontológicas del cuerpo: una visión filosófica del cuerpo humano con el ejercicio de la medicina*. Expone que la crisis del ejercicio médico es producto de una visión derivada del biologicismo reduccionista que desliga la realidad médica de una visión corpórea hacia una visión más contractualista. Desde una mirada también planteada desde la bioética, Carlos Andino (2015) sugiere que humanizar la salud tendría implicaciones positivas en tanto se podría brindar atenciones oportunas y respetuosas para con el paciente, tomando en cuenta que ello implica un reajuste en las estructuras del sistema sanitario en búsqueda de una asistencia que sea más humana y dignifique a la persona.

De manera que el presente ensayo lleva a cabo un análisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano a partir de los postulados de la Bioética centrados en la dignificación de la condición humana, el tratamiento médico en condiciones de igualdad y el reconocimiento de los aspectos afectivos, sociales y culturales en las ciencias del cuidado y la salud, pues son estos algunos de los elementos que permiten elaborar un análisis crítico de algunos de los problemas que hoy condicionan el sistema de Salud Pública en el país. Se considera que el SGSSS, al ser producto de un paradigma económico, político y social en el que prima el ánimo de lucro, ha deshumanizado las relaciones médicas llevando el sistema y la salud a una crisis cuyas consecuencias han recaído, por un lado, en los médicos y su quehacer profesional y por otra parte, en el grueso de la sociedad, que se ve afectada por una asistencia médica que restringe la atención efectiva, adecuada y oportuna en torno al bienestar y la salud de

los pacientes. La Ley que rige el sistema sanitario es producto de un contexto de apertura económica en el que el Estado se deshace de sus responsabilidades en el gasto público y faculta a entidades privadas para que sean estas quienes cumplan con tal función.

El hilo conductor del documento es la bioética desde la perspectiva de la medicina y su relación con la dignificación de lo humano, desde donde se fundamenta el análisis crítico que se lleva a cabo sobre el SGSSS. Se exponen sus fundamentos y se justifica la necesidad de su uso como herramienta de análisis; se describen algunas de sus características y se sitúa el problema en torno a sus postulados.

Posteriormente se identifican algunas características del sistema de salud colombiano que plantean criterios sobre la práctica médica y se lleva a cabo un análisis de los fundamentos de este sistema para poder situarlo directamente en el problema planteado. Por último, se establecen las consecuencias en términos de cómo se genera un déficit en la atención médica, a la vez que se toma en consideración los efectos que esto produce tanto en la formación médica como directamente en su ejercicio, y cómo ello afecta la relación médico paciente. A modo de cierre, se establecen algunas consideraciones finales desde donde se plantea una reflexión de la importancia de humanizar el sistema de Salud Pública del país y lo que ello representaría en términos de una eventual atención médica más integral. Se concluye que los principales problemas del SGSSS se desprenden del enfoque Neoliberal que se adoptó en el país y en las instituciones del Estado a partir de la década de 1990, pues se concibe desde entonces que la salud como derecho puede ser regulada bajo lógicas meramente mercantilistas que la convierten finalmente en un servicio, despojándola de sus características de garantía en el acceso digno y universal.

Bioética, una perspectiva que reivindica la condición humana en la medicina

El 19 de octubre de 2005 la UNESCO, en conferencia general, elabora la Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005), un discurso que se puede relacionar con una serie de reflexiones precedentes de algo más de dos siglos. En esta Declaración se establecen los objetivos, los principios y demás factores que se corresponden con el concepto de bioética, constituyendo un estándar universal que determina las condiciones para un trato igualitario a cualquier ser humano, fundamentado especialmente por el respeto a su dignidad. Ya desde junio de 1964 esta premisa había sido planteada en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), siendo objeto de una última modificación en la Asamblea General que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, en el año 2013 (AMM, 2013). Esto evidencia que ha existido una preocupación por parte de los organismos multilaterales por determinar lineamientos que promuevan prácticas éticas en el ejercicio de la medicina y la investigación, en las que la condición humana es el principal referente.

Desde la bioética se plantea que la medicina debe enfocarse efectivamente en el bienestar de los seres humanos, siendo esta la condición esencial y prevalente, incluso, por encima de los intereses de la ciencia y los intereses de la sociedad (Vidal, 2010). Apartar a la medicina de cualquier otro tipo de interés que no busque un beneficio para la dignidad humana y para el desarrollo científico, y que de esta manera el ejercicio médico se desenvuelva alrededor de los postulados del respeto a la dignidad humana y el trato igualitario. Históricamente se ha establecido que la práctica médica es una acción en la que se combinan la ciencia y el arte: la ciencia por los avances tecnológicos en torno a disciplinas como la genética y la biología y el arte por la posibilidad de manejar y combinar ese conocimiento científico con la intuición y el juicio del médico (Fauci y Longo, citados por Cano, Rivera, & Pinzón, 2005, p. 25)

En la perspectiva bioética de la medicina se consideran también aspectos de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud que están en estrecha relación con las dimensiones morales, esto es, con los juicios que permean la acción social y desde donde se pueden determinar las decisiones y conductas de las personas, pero también las políticas públicas que tienen incidencia en este tipo de ciencias (Reich citado por Franco, 2009, p. 96). Por lo tanto, desde la bioética se pueden y deben definir los tipos de relación que existen entre el médico y el paciente, en palabras de Escobar (1997) no necesariamente es una relación de carácter científico y mucho menos técnico o contractual, sino que esta se da bajo condiciones meramente humanas que implican un reconocimiento de lo afectivo, lo social y lo cultural que es transversal a tal relación.

Ahora bien, la pertinencia de abordar el problema médico desde la cuestión de lo humano se desprende de que es innegable que el sistema de salud hace cada vez más evidentes los síntomas que indican una crisis, y este problema se ha abordado desde una perspectiva que, aunque puede relacionarse, poco tiene que ver con lo que es estrictamente el ejercicio de la medicina. El asunto generalmente se ha abordado como si fuese un problema exclusivamente administrativo, en consecuencia, las posibles soluciones se han formulado a modo de reformas financieras, ubicando el debate de la Salud Pública en una cuestión meramente reformistas donde el papel del mercado, los métodos de financiación, la privatización y la relación costo – beneficio marcan una ruta de salida al problema que con seguridad desembocará en la agudización de la crisis. Es una respuesta que resulta insuficiente dado que centra la discusión en la asistencia sanitaria y en los medios de la medicina, mas no en sus fines y objetivos (Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2004).

Por su parte, la bioética al considerarse un puente entre las ciencias y las humanidades aboga por que la medicina se ejerza en función de su sentido de existencia y por ende, los problemas que giran en torno a ella partan de reflexiones en que se reconozca la naturaleza de su disciplina, buscando una reconfiguración de sus propias necesidades y de los valores en que se fundamenta. Esto inevitablemente conlleva a proponer soluciones al problema que reconfiguran y reconsideran sus relaciones con eso que entendemos como humano. Valga decir, a modo de advertencia, que aun cuando exista una dificultad filosófica latente que no permita delimitar ‘lo humano’, pues es un debate de casi tres siglos, desde este ensayo se entiende en perspectiva de dignificar las condiciones humanas que posibilitan la prevención de enfermedades, la promoción de prácticas y hábitos saludables y la prolongación de la vida. Es por ello que algunas de las atribuciones de la medicina que pueden identificarse en torno a la bioética están en relación con el vínculo que se ha establecido entre los profesionales de la salud y el conocimiento que contribuyó a duplicar la expectativa de vida a partir de mediados del Siglo XX (Frenk et al., 2011). Otro de los aspectos asociados a la bioética es su aporte en los debates sobre los avances científicos y biomédicos en los que se ha incluido deliberadamente un sentido y valor sobre lo humano y la humanidad a partir de un reconocimiento interdisciplinar que permite un acercamiento de las ciencias exactas con las ciencias humanas (Andino, 2015). Igualmente destacan, en este sentido, los aspectos de una medicina humanista que contempla la responsabilidad del cuidado del individuo en la rehabilitación, la enfermedad y la salud, una relación médica guiada por la empatía y un sentimiento de compasión sincera con el paciente, una medicina en la que prevalezca la actitud curiosa (Segredo & Perdomo, 2012) que mantiene el deseo intacto de detectar los problemas que aquejan a los pacientes desde su etapa más temprana,

e incluso, que sea capaz de prevenir completamente la enfermedad. Justamente es esta mirada la que puede aportar significativamente en la crisis que aqueja hoy al sistema de salud.

Es entonces que se establece que la mirada bioética de la medicina sirve como un ejercicio para cuestionar las formas en que se llevan a cabo los procesos de salud y de enfermedad y su relación con las condiciones sociales en que tienen lugar. Estas determinan y en ocasiones limitan la forma de entender el cuerpo, el dolor y el sufrimiento. La estructura y funcionamiento de la sociedad pone de manifiesto los riesgos morales que se pueden presentar en los roles asumidos en la relación médico - paciente - sistemas de salud, lastimosamente, hoy asociados a un proceso de deshumanización de la atención en salud (Ávila, 2017). En la actualidad, una mirada totalizante de la salud permite descubrir la hegemonía de una visión biomédica (Agrado, 2017) que concibe el cuidado casi como una acción burocrática, condicionada por normatividades y patrones que responden a principios cuya naturaleza no se centra en la filosofía de la medicina. Es así que esta la medicina se encuentra en peligro, pues se ha convertido en un instrumento que beneficia y satisface deseos de eso que llamamos 'sector privado', pero que, en lo concreto, antepone la salud como bien público, a una lógica de rentabilidad determinada por las leyes del mercado.

Sistema de salud colombiano, entre la crisis y la rentabilidad. Una mirada crítica

El SGSSS en Colombia hoy se caracteriza por tener un enfoque que reduce al individuo y lo centra exclusivamente en su enfermedad. Una atención especializada e integral difícilmente puede ser una realidad para gran parte de la población, a menos que se encuentren en una situación crítica que obligue al sistema a cubrir los gastos en el tratamiento o que cuente con los recursos suficientes para contratar medicina prepagada; aun así, las cifras de muertos por enfermedades prevenibles en Colombia resultan ser escandalosas. En el año 2018 se estimó que aproximadamente 1000 niños murieron por enfermedades prevenibles (Blu radio, 2019) cuyas causas son producto de fallas en la atención. Por ejemplo, según cifras del Observatorio Nacional de Salud (ONS) en su *Segundo informe de mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia* en los niños de 1 a 5 años, las enfermedades prevenibles se encuentran entre las primeras 10 causas de mortalidad (ONS, 2013). Pero además, esta situación de deficiencia en la atención médica no sólo afecta a los pacientes, sino que también limita la práctica médica al mero ejercicio diagnóstico y de posterior tratamiento, imposibilitando llevar a su máximo el potencial de las capacidades médicas, entendidas bajo los principios de prevención, promoción y prolongación del bienestar y la vida.

No obstante, el Ministerio de Salud y Protección Social establece que el perfil médico y las competencias que deben tener los profesionales en Colombia tiene que estar a la altura del reconocimiento y actuación ante situaciones de salud, estableciendo como funciones prioritarias la promoción y la prevención, además del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (MinSalud, 2016). Esta perspectiva resulta ser un planteamiento de las disposiciones ideales de un médico que cuenta con todos los recursos para explotar sus potencialidades, de aquél médico que tiene la capacidad de asumir un papel de maestro o amigo,

como lo plantean Cano, Rivera y Pinzón (2005) y que ayuda al paciente a determinar sus valoraciones actuales y a indicar la situación deseable en la que quisiera encontrarse en términos de salud. Pero esta visión entra en rotunda contradicción con lo que acontece en la realidad del Sistema de Salud colombiano y adjudica la mayor responsabilidad sobre la salud directamente al profesional de la medicina.

Es necesario advertir que la responsabilidad de la salud va más allá de las posibilidades en términos de tiempo y recursos con que cuenten los médicos. Es una responsabilidad de carácter colectivo, social y por ende, recae principalmente sobre quienes detentan el poder y se asumen como representantes del pueblo y sus necesidades (Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2015). Ellos son los que legislan, ejecutan y además juzgan el cumplimiento de las leyes que regulan la salud. Una de las condiciones de su existencia es garantizar el derecho de la salud y la protección, reconociéndolos como bienes públicos que, al formar parte del interés general, supone la obligación de prevenir enfermedades, tanto como la obligación de educar o la obligación de pagar impuestos.

El problema debe situarse en el momento en el que se elabora, aprueba y ejecuta la Ley 100 de 1993, la salud pierde su fundamento de derecho humano y se establece como un servicio. El documento de la ley establece la seguridad social como un **servicio** público que será dirigido y coordinado por el Estado y prestado por instituciones públicas y **privadas** (Congreso de la República, 1993). Precisamente por el contexto en el que se crea esta ley caracterizado por la apertura económica y, como tal, el desarrollo del paradigma Neoliberal en Colombia, es una decisión tomada por economistas sin ningún tipo de asesoramiento o guía que contara con criterios clínicos o de una práctica médica activa (Vera, 2004). El actual sistema de salud al ser producto de un paradigma en el que no sólo el derecho a la salud, sino también el derecho a la

educación, fueron vulnerados y convertidos en privilegio de organizaciones o entidades privadas, cae en un proceso de deshumanización, que mide el desarrollo médico en función de imperativos de rentabilidad, propugnando por conceptos que poco tienen que ver con la medicina, como el concepto de la eficiencia y la buena administración del servicio.

La figura sobre la que se ha perdido el sentido de lo humano en el sistema de salud es el de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), fueron estas entidades de orden privado las que sirvieron ¿sirven? de intermediarios entre el Estado y la sociedad para ‘garantizar’ el acceso a la salud. Pero su intermediación fue de carácter financiero y según Palacio (2013) con ello se limitaron los servicios que debían disponer para uso de la sociedad. A partir de allí se abandonó el concepto de Salud Pública y se omitió la importancia de la Atención Primaria en Salud (APS). En consecuencia, no sólo se abandonó la idea de una Salud Pública de carácter verdaderamente universal y democrática, sino que se eliminó la atención integral y se redujo ¿a qué? la promoción y prevención en salud. Ello, por ejemplo, llevó a que en 2013 el sistema de salud se encontrara en una de sus crisis más profundas, algunos hospitales y EPS se declararon en quiebra, la remuneración a los médicos era insuficiente relacionada con su labor y los pacientes advertían de las condiciones precarias en que eran atendidos (La República, 2013).

La crisis de 2013 se anunció como una crisis financiera que hace parte de la imposición de un discurso inscrito en el terreno biomédico donde las expectativas sobre la salud se sitúan en aspectos como la economía de la medicina, la administración y la gerencia de la salud (Díaz, 2016). Se excluye el debate de fondo que tiene que ver con una atención médica integral sobre una concepción de lo humano y no sobre las ventajas o beneficios del mercado. Sin lugar a dudas se ha afectado el Ethos de la medicina, los efectos sobre esto son producto de mercantilizar la salud, restringiendo la atención médica y limitándola entre un juego disimulado de oferta y

demanda y fragmentando la atención médica con la emergencia cada vez más de especialistas y especialidades. La concepción ética de la medicina se desdibuja mientras se asiste a una transformación contundente de su valor como objeto de mercado.

Esto conduce a una despersonalización de la medicina y reduce al médico de un profesional a un trabajador de la salud. Valga citar una reflexión del Doctor Adolfo Vera en torno al problema deshumanizante de la profesión:

Pero el contacto inicial se establece a partir de un trato impersonal, cuando no distante, que le confiere a la relación médico paciente, como esencia fundamental del acto médico, unas bases injustamente precarias: la confianza y la esperanza del enfermo son sustituidas por aprensión, desencanto, escepticismo y frustración finales. No aprendimos a escuchar al paciente, a interpretar sus silencios y a investigar la razón de ser de sus actitudes. Olvidamos que la medicina es arte y ciencia al servicio del hombre, para aliviar su dolor, prevenir la aparición de enfermedades, promover una vida saludable y rehabilitar su perdida integridad física y mental. Y el infame día en el que permitimos el declive de la medicina interna como sabia especialidad que articula y dinamiza los diversos enfoques alrededor del enfermo, se inició la insensata proliferación de superespecialistas que terminaron desplazando al internista general de su legítimo sitio de honor en la conciencia colectiva de los médicos (2004, p. 271).

El nivel de deshumanización ha llegado a tal punto que hoy en día hablar del cuidado médico y del sistema de salud se ha reducido a la discusión de la factibilidad de un negocio. Las empresas de la salud, claramente influenciadas por el ánimo de lucro existen en función de reportar a todos sus socios que el fruto de sus inversiones se justifica y satisfacen con el lucro obtenido; de lo contrario no tendrían razón de existencia las EPS. Hoy por hoy los problemas que aborda la salud y la medicina en Colombia no son de carácter científico, allí no se encuentra el centro de los debates. Lastimosamente la principal problemática es la quiebra de los hospitales, El Tiempo

registró para el 2018 que el 22% de los hospitales del país corrían el riesgo de caer en quiebra, por supuesto, junto con ello, el quehacer del médico se desdibuja en sus concepciones éticas, filosóficas, científicas y demás.

Hoy como nunca es innegable, que la actividad médica se ha alejado de sus pretensiones de potenciar lo humano, prolongar la vida y se ha convertido fundamentalmente en una actividad empresarial, por lo menos para el caso colombiano. Su figura corporativa se consolida cada vez más, desde que, entendida como un negocio, es un foco de inversión de capital en la lógica del capitalismo: donde hay inversión, se espera rentabilidad y la rentabilidad se alcanza bajo la lógica de la reducción de costos: la ecuación está hecha. El problema se agudiza en tanto al ser las grandes empresas de salud las dueñas del ‘negocio’ y de proveer los servicios, son quienes garantizan y definen lo que es la medicina y su quehacer (Díaz, 2016).

Esto sucede de manera implícita al limitar el tiempo de las consultas, la restricción en la formulación de medicamentos, la fragmentación de una medicina integral, etcétera. Son los grandes empresarios de la salud quienes definen qué tipos de tratamientos se ofrecen (como en la ley de oferta y demanda), cómo deben recibirlos los pacientes y bajo qué circunstancias el médico en esta cadena productiva es apenas el brazo técnico de toda la organización.

La investigación de Suárez, Puerto, Rodríguez y Ramírez, denominada *La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación* (2017) se centra en identificar el nivel de legitimidad que tiene el sistema de salud según diferentes actores que participan en él: ministerios, entidades de control y supervisión, Defensoría, Contraloría y Procuraduría, sindicatos, asociaciones médicas, empresarios, usuarios y agremiaciones. Los resultados son alarmantes en tanto evidencian ausencia de legitimidad porque se relaciona el

sistema de salud con problemáticas de todo orden. En primer lugar, se establece la corrupción como uno de los aspectos que más afecta al sistema, entre ello se menciona el caso de Saludcoop, en el que se hallaron sobrecostos y manejo indebido de recursos, al respecto el estudio estima que las situaciones de corrupción son producto de la relación público-privada, siendo los últimos quienes la desencadenan. Igualmente se mencionan casos de conflicto de intereses en los que priman dos aspectos, el lucro económico y la falta de pagos a los médicos con el inminente cierre de hospitales. Para el caso del SGSSS, resalta entre los factores de ilegitimidad, la primacía del interés financiero sobre la atención y el goce efectivo del derecho a la salud y que la vigilancia de las entidades se centre en los aspectos económicos y anule así la atención en salud como la esencia de su existencia.

Es una urgencia y obligación que los debates de la medicina, en sus aspectos éticos y filosóficos, centren análisis en las relaciones de poder que existen en el sistema de salud. Debe masificarse la discusión sobre cómo la cuestión económica se ha convertido en un determinante para la práctica médica y cómo ello también condiciona la relación con el paciente, dejando de lado cualquier viso de humanidad y de humanismo que pueda presentarse en este tipo de situaciones. Igualmente debe propiciarse una reflexión en torno a las autoridades sanitarias, como entidades facultadas en la regulación del sistema de salud que deben proveer u obligar a que el sistema dote de los recursos y métodos necesarios para que el ejercicio médico se desarrolle con integralidad, de lo contrario tanto la formación como la práctica médica estará supeditadas a una visión que privilegia la ganancia económica por encima del derecho a la salud.

Efectos de la mercantilización del SGSSS en la práctica y en la formación médica

Una de las principales consecuencias del problema abordado tiene que ver con las deficiencias que se presentan cada vez más en los sistemas de atención. El ejercicio laboral de los médicos, que solía responder a una atención integral, hoy se encuentra fragmentado, pues el enfoque que prima es el del modelo de atención centrado en especialistas y hospitales de alta complejidad, reduciendo los recursos y limitando la capacidad resolutive en el primer nivel de atención (Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia, 2016). Tal fragmentación tiene su fundamento en el nivel de complejidad de la patología o depende de la parte del cuerpo del paciente y la atención que ello requiera. Esta es una situación que vulnera la integralidad de la práctica médica y de la medicina como saber y ciencias. En este panorama finalmente resulta relevante la conveniencia del gasto para la empresa y no necesariamente la conducta médica que se pueda disponer para el paciente (Vera, 2004).

En consecuencia, se ha fomentado la reducción de las competencias del médico general y con ello, se ha reducido la posibilidad de incentivar el quehacer médico, traduciéndose en atenciones despersonalizadas y distantes con el paciente. Se anula entre ambos la condición de lo humano sobre la que se fundamenta cualquier relación, pues prima la eficiencia. El médico se convierte en un prestador de servicios y el paciente en un usuario más. Se reduce el quehacer del médico, entre otros, producto de la ausencia de recursos por reducción de gastos o porque los recursos que la norma establece no resultan suficientes, por tanto, no son de utilidad según la formación que haya podido tener el médico (Muñoz, Londoño, Higuera, Sarasti, & Molina, 2009). Esto último también influye negativamente en la libertad del pensamiento médico, porque reduce su aprendizaje cotidiano y no permite que su capacidad profesional se manifiesta en toda su potencialidad.

Otro de los grandes efectos es el cambio de modelo de formación médica. Al tecnificar en cierto sentido la profesión, se ha producido una alta expansión de la oferta de programas en medicina, oferta que muchas veces recae en manos de instituciones con muy poca experiencia académica y científica en la disciplina. Se transita de un esquema de formación integral universidad – hospital universitario a un modelo de tipo universidad como centro y múltiples escenarios de práctica (Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia, 2016). Se desdibuja la relación en que la formación se desarrollaba desde el estudio y el aprendizaje con la práctica en el trabajo, haciendo de esta última una relación económica en la que la IPS, además, provee un servicio educativo, constituyendo la educación médica en un objeto de transacción.

Las IPS dentro de su funcionamiento y su gestión de servicios en sus portafolios a sus clientes, mantienen conjuntamente una extraña figura, avalados en estructuras contractuales llamadas convenios docencia-servicios, los cuales exponen a profesionales en formación, directamente a las personas a los diferentes momentos de entrenamiento y formación, mezclando la oferta de servicios con escenarios de práctica y docencia, lo que deja ver los diferentes momentos frente al incumplimiento de la promesa de servicio, condiciones que facilitan la percepción de deshumanización en estos escenarios compartidos. Estas instituciones debido a que funcionan sobre las reglas de ofertas de servicios y mercado, no son condiciones que favorezcan la relación medico paciente y en pocos momentos facilitan ejercicios de docencia.

El perfil de egresado en medicina general cambia absolutamente, en tanto el ingreso al ejercicio laboral de su profesión, se hace ahora con menos competencias prácticas. Se pasa de un ejercicio que con anterioridad tenía ciertos niveles de autonomía, a un ejercicio profesional bajo constante supervisión. Lo que empieza a suceder es que la educación profesional en medicina no se establece ni desarrolla con relación a los retos reales de la medicina, sino para satisfacer un

mercado laboral cada vez más deshumanizante. La educación médica se halla en un problema de carácter sistémico, donde las competencias desarrolladas están en total descoordinación con las necesidades reales en salud, se tecnifica el enfoque y se limita de manera drástica el componente conceptual reduciendo el campo de entendimiento de los médicos, y el ejercicio práctico se reduce a encuentro episódicos con los pacientes sin un referente de cuidado continuo (Frenk et al., 2011).

Todo ello se traduce en una crisis profunda en la relación médico - paciente, en tanto la visión está centrada o en un biologicismo reduccionista de lo humano o en una relación contractual en el que se despoja al paciente de su realidad corpórea, tal relación abandona todas sus pretensiones afectivas, culturales, humanas y sociales y se sitúa en una relación técnica y contractual (Escobar, 1997).

Por último, en este contexto ¿cómo valorar o reconocer mínimamente la autonomía del profesional cuando las normas que lo rigen no buscan necesariamente proporcionar bienestar y salud al paciente, sino la eficiencia y la eficacia en el servicio y del sistema? Al respecto Iván González (2010) afirma que esta situación “pareciera ser una aversión de la naturaleza las dimensiones de la práctica médica; pedirle a quienes practican la medicina que piensen en criterios de la justicia macro y micro distributiva y con criterios económicos de la salud” (p. 74). En efecto la autonomía, si bien no se anula del todo, pierde todo su potencial y probabilidad de desarrollo para el ejercicio médico. El profesional en su práctica cotidiana limita la libertad de aplicar todo su conocimiento y se reduce a diagnosticar y formular tratamientos que, a su vez, están condicionados a la reducción de gastos. En efecto no puede plantearse una eliminación total de la autonomía, sin embargo, esta se circunscribe a las opciones cada vez menores que permite el sistema.

Consideraciones finales

Humanizar la salud en Colombia no es un exabrupto. Requiere de un ejercicio crítico desde muchos sectores que hacen parte del sistema para que la garantía del derecho se establezca sobre el cuidado y la atención oportuna y con respeto de la dignidad humana. Se debe ubicar al paciente en el centro del sistema y elevar el reconocimiento de la profesión médica, pero para que ello pueda ser realizable se requiere de un derecho asistencial práctico (Andino, 2015) en el que los encargados de regular y aplicar el sistema organicen, garanticen y distribuyan los recursos equitativamente. Se debe retornar a la atención integral, integrando también la atención especializada de manera armónica, de manera tal que se pueda conocer a profundidad las necesidades reales de los pacientes, sus dolencias, sus angustias y su historia. Se debe dignificar y humanizar en todos los sentidos la asistencia de salud. El médico requiere también de un entorno físico y moral en condiciones totales de bienestar, para lo cual es conveniente mayores recursos materiales y temporales para la atención, con el propósito de que pueda meditar, estudiar los casos y tener total libertad para que sus decisiones médicas sean las más adecuadas (Vera, 2004). La asistencia en prevención o en tratamiento requieren que el médico tenga la posibilidad de hallar las evidencias suficientes (d'Empaire, 2010), pero sobre todo se debe garantizar el respeto a la dignidad y derechos de los pacientes.

Conclusiones

Existe gran cantidad de evidencias sobre la crisis médica y en general de la salud a la que el SGSSS conduce a la sociedad colombiana. Desde su origen, que estuvo permeado por las ideas económicas que recorrían entonces el continente y el mundo, el sistema de salud se ha encontrado envuelto en situaciones que deshumanizan cualquier relación médica. Al producir un cambio en la concepción entre derecho y servicio, se abrió la puerta a la *mano invisible* que propusiera en su momento el economista inglés Adam Smith, para que, aunque pueda regular el mercado, al inmiscuirse en los asuntos de los derechos y las libertades genere una mezcla de efectos nefastos para la sociedad. La salud es un asunto que debe revisarse desde múltiples perspectivas posiblemente privilegiando las voces de la ciencia y el arte, sólo en sus concepciones éticas y filosóficas más profundas puede hallarse la base de un sistema de salud que atienda las necesidades esencialmente humanas que históricamente han fundamentado su existencia.

Referencias

- Agrado, E. (2017). *Avances de la humanización en los servicios de salud en Colombia durante el periodo 2006-2016*. Fundación Universitaria del Área Andina.
- Andino, C. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(1), 38–64.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Fortaleza, Brasil. Retrieved from <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Ávila, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Latreria*, 30(2), 216–229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia>
- Blu radio. (2019). Investigan muerte de cerca de 1.000 niños en 2018 por enfermedades prevenibles. Retrieved February 28, 2019, from <https://www.bluradio.com/salud/investigan-muerte-de-cerca-de-1000-ninos-en-2018-por-enfermedades-prevenibles-201431-ie435>
- Cano, M., Rivera, M., & Pinzón, O. (2005). *Comprensión de los criterios morales que subyacen la práctica médica de los médicos en formación del Programa de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira*. Universidad de Manizales.
- Chávez, I. (1999). *Ideario, selección de Ignacio Chávez Rivera*. México D.F.: Colegio Nacional de México.

- Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. (2016). *Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia*. Bogotá. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/recomendaciones-comision-para-la-transformacion.pdf>
- Congreso de la República. Ley 100 de 1993 (1993). *supersalud.gov.co*. Retrieved from https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf
- d'Empaire, G. (2010). Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica*, 16(2), 124–132.
- Díaz, E. (2016). Filosofía de la Medicina: la necesidad de una perspectiva crítica en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 102–123. <https://doi.org/10.18359/rlbi.2018>
- Escobar, J. (1997). *Dimensiones ontológicas del cuerpo. una visión filosófica del cuerpo humano y su relación con el ejercicio de la medicina*. (Kimpres Ltda, Ed.) (2da ed.). Bogotá: Universidad El Bosque.
- Franco, Z. (2009). La bioética y la ética del cuidado para el desarrollo humano integral. *Hacia La Promoción de La Salud*, 14(1), 93–108.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(2), 337–341.

Fundación Víctor Grífols i Lucas. (2004). *Los fines de la medicina*. Barcelona.

Fundación Víctor Grífols i Lucas. (2015). *Determinantes personales y colectivos de los problemas de salud*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.

González, I. (2010). Fronteras en peligro: la autonomía médica en el marco de los decretos de la emergencia social. *Revista Gerencia y Política de Salud*, 9(18), 70–77. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54520413008>

MinSalud. (2016). *Perfiles y competencias profesionales en salud*. Bogotá. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Muñoz, I., Londoño, B., Higuera, Y., Sarasti, D., & Molina, G. (2009). La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 142–152.

Observatorio Nacional de Salud. (2013). *Segundo informe de mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia*. Bogotá. Retrieved from <http://www.que.es/ultimas-noticias/espana/fotos/grupo-personas-acude-votar-universidad-f252803-foto.html>

Palacio, C. (2013). La crisis del sistema de salud colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4).

República, L. (2013, November 16). Las 3 razones de la crisis financiera del sector salud, según Gaviria. Retrieved from <https://www.larepublica.co/economia/las-3-razones-de-la-crisis->

financiera-del-sector-salud-segun-gaviria-2082086

Segredo, A., & Perdomo, I. (2012). La Medicina General Integral y su enfoque social y humanista. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 26(2), 294–306.

UNESCO. (2005). Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Retrieved February 28, 2019, from http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Vera, A. (2004). Humanismo y medicina, y algunas reflexiones pertinentes. *Revista Colombiana de Cardiología*, 11(6), 270–276. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v11n6/v11n6a2.pdf>

Vidal, S. (2010). Las fracturas éticas del modelo globalizado: estándares éticos en la práctica clínica y la investigación biomédica. *Revista Colombiana de Bioética*, 5(2), 61–82.