

Del concepto de paciente a concepto de cliente en la prestación de servicios de salud. Un escenario ético enrarecido

Resumen

Los cambios en el sector salud colombiano han sido influenciados por la economía neoliberal y el sorprendente desarrollo biomédico, que han jalonado diferentes intereses económicos, tanto en las instituciones públicas como en las privadas, para atender al cliente dentro del marco de la nueva Ley de Seguridad Social del país, la cual se fundamenta en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Pero este ideal, en la práctica del cuidado de la salud, se ha visto lesionado por escollos contra la lógica ética del altruismo en el desempeño de la noble tradición en la prestación de los servicios de salud.

From the concept of patient to the concept of client in the rendering of health services. A rarefied ethical setting

Abstract

The changes seen in the Colombian health sector have been influenced by the neoliberal economy and the astonishing biomedical breakthroughs that have been forced by different economic interests both in public and private institutions to attend to client in the framework of the new Social Security law. This law is based on the principles of efficiency, universality and solidarity. However, health care practices have been negatively affected by obstacles against the ethical logic of altruism in the noble tradition of rendering health services.

DEL CONCEPTO DE PACIENTE A CONCEPTO DE CLIENTE EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Un escenario ético enrarecido

Gilberto Cely Galindo, S.J.

La sociedad del conocimiento tecnocientífico ha introducido innovaciones profundas en el cuidado de la salud y en los valores morales tanto de los agentes prestadores del servicio de salud como en los pacientes mismos. El caso colombiano, con la Ley 100, es una muestra inequívoca de este fenómeno. La economía neoliberal dominante ha permeado el concepto de salud como un bien público de mercado¹, del cual es garante y fiscalizador el Estado, pero como negocio libre se deja

-
1. El médico intensivista Carlos Alberto Gaviria, experto en Bioética, en varias partes de su libro pone en evidencia las tremendas dificultades éticas que la economía neoliberal y, concretamente el mercado de la salud ha introducido en el ejercicio de la profesión médica. Leamos algunos párrafos: "...el ejercicio de la profesión, la sociedad, los pacientes, la industria y, recientemente, el mercado de la salud, en forma de grandes corporaciones, han hecho de la medicina una muy compleja y, a la vez, muy importante institución, con poder, con un potencial económico antes nunca imaginado, con tantos intereses en el desarrollo de sus objetivos como tampoco antes se había visto. Ahora todo es complejo (...), los términos pululan: medicina basada en la evidencia, estudios controlados, relaciones de costo-beneficio, índice de ocupación, presupuestos, fortalezas, eficiencia, excelencia, usuario, cliente, gerente, etc. (...) El problema radica en que esa relación de contenido humano que ha sido el motor de la medicina por milenios, la que es propia del encuentro médico-paciente, no puede verse ahora sino como una relación vendedor-cliente, es decir, no pase de ser un vulgar intercambio comercial" (Gaviria, 1998, p. 67.) Véase también (May, 1997, 7:1-13). Este mismo tema lo analiza el médico José Antonio Girón, (1999, p. 12).

en manos de la iniciativa privada en su "dinámica de conflicto"². En esta dinámica, la salud se concibe como "Empresa social del Estado". Las normas de eficiencia, eficacia, rentabilidad y libre competencia jalonan también la prestación de servicios de salud, como cualquier otra industria o empresa fabricante de mercancías que se compran y se venden, y se establece el criterio de **calidad** que no necesariamente conlleva el de **calidez**, tan necesario en las relaciones interpersonales, en las cuales se pone en juego la dignidad de la persona humana. En este esquema, el médico, y con él todos los profesionales de la salud que están en torno al acto de prevenir y de curar la enfermedad, ha pasado a ser un planificador, administrador, dispensador y vendedor de servicios rentables, todo lo cual desprofesionaliza la medicina, cambia sus objetivos, burocratiza al gremio, lo deshumaniza, y lo convierte en un siervo desleal a dos señores: al enfermo y a la empresa en la cual el médico es un empleado. Recordemos que lo que decimos del médico vale también para todos los profesionales de la salud: enfermeras, nutricionistas dietistas, bacteriólogos, odontólogos, fisioterapeutas, imágenes diagnósticas, etc. Tenemos así un escenario ético enrarecido en la prestación de servicios de salud y en los usuarios de la misma.

El paciente es visto como un cliente, un consumidor, un usuario y no ya como un ser humano frágil y necesitado de compasión y de auxilio altruista y humanitario, como se le consideraba antes cuando primaba el principio de beneficencia sobre el de justicia y de autonomía. El profesional de la salud debe velar más por los intereses empresariales de la entidad que lo contrata y ejerce una mediación entre ésta y el enfermo, con una medicina a la defensiva para evitarse problemas laborales y legales. Así aparece, entonces, el nuevo fenómeno de la medicina como una obligación de medio y no de resultado, en un ambiente éticamente enrarecido por las condiciones mediáticas del concepto empresarial y por la razón instrumental biotecnológica en la sociedad del conocimiento útil que todo lo convierte en mercancía.

La medicina, con sus desarrollos biomédicos sorprendentes, se ha involucrado en el modo de proceder tecnocrático empresarial de la dinámica económica organizacional contemporánea. El personal salubrista se ha especializado y superespecializado, con la consecuente fragmentación del conocimiento, que acarrea también fragmentación del gremio de la salud, fragmentación de las instituciones que atienden la salud y fragmentación de la integridad del paciente. Las mismas

2. La dinámica de conflicto se basa en convertir la ambición de poder en desarrollo económico, mediante la competencia, la cual está fundamentada en la escasez de los recursos, lo que origina concentración de capitales en grandes monopolios para dominar el mercado. Es todo lo contrario de la dinámica de la economía solidaria, la cual resuelve los problemas de la comunidad en la comunidad misma, pues los esfuerzos mancomunados valoran lo humano sobre el capital y privilegian la cooperación sobre la competitividad.

universidades que se encargan de formar al profesional sanitario lo hacen de manera tecnocrática, en compartimentos disciplinarios no suficientemente articulados, sobrevalorando lo tecnológico y empresarial, con poca sensibilidad social y con mucho afán de prestigio científico y de prosperidad económica; aspectos todos que apuntan hacia una deshumanización del servicio de salud y de los pacientes mismos, al traer consigo la progresiva atomización y disolución del sujeto moral y la pérdida de la virtud de la amistad³ tan necesaria para las relaciones de mutua confianza entre el enfermo y su terapeuta. Amistad que es el resultado de la empatía entre las personas que se reconocen como tales y que se hacen solidarias en la comunión de intereses y afectos.

La industria biomédica, en la cual se mueven grandes capitales, jalona con sus intereses económicos a las facultades de ciencias de la salud, a los profesionales de dichos ramos y a las instituciones públicas y privadas que tienen como misión atender a los enfermos. Más aún, el mercado del gran capital ha creado tendenciosamente una errónea manera de ver la salud desde la enfermedad, propiciando así con el servicio de salud una tuerca más de la inmensa maquinaria del aparato productivo en la sociedad económica liberal. Toda esta especialización tiene su correlato en procesos tecnocráticos cargados de burocracia⁴ y modos económicos y financieros de proceder que hablan de una industria de la salud como una mercancía más, con todo el sofisticado aparato empresarial. Por lo tanto, cambian los papeles tradicionales del médico y su paciente⁵ que daban dignidad humana a los dos, por simples papeles contractuales de comercio de la salud, en los cuales el médico y todo el profesional que con él trabaja es un vendedor de un producto y el paciente es un cliente común. Y este cambio de papeles trae en cascada una serie de novedades que enrarecen los derechos y

3. Traigamos una cita de don Diego Gracia Guillén acerca de la virtud de la amistad como virtud moral por antonomasia, tan necesaria en las relaciones médico-enfermo. "La relación médico-enfermo (o, más genéricamente, la relación sanitario-paciente) sólo será perfecta si el profesional aspira a la virtud, es decir, a la excelencia. Y como la virtud por antonomasia de la vida social y política es, según Aristóteles, la *filia* o amistad, resulta que la relación médica sólo será perfecta cuando llegue a ser relación de amistad. La amistad es la virtud moral por antonomasia, y en consecuencia la base de la moral de las virtudes. El médico virtuoso habrá de ser siempre un médico amigo. (...) Nosotros distinguimos perfectamente entre un virtuoso cirujano y un cirujano virtuoso. Pues bien, el término griego *areté* designa más lo primero que lo segundo. Y ello porque no se puede ser cirujano virtuoso si antes no se es virtuoso cirujano. La virtuosidad técnica es condición de posibilidad de la virtud moral". (Gracia, 1996, p. 27).
4. "En tercer lugar, la 'gran medicina' es no sólo una medicina que tiende a perder, a consecuencia de las especialidades, la relación con el enfermo como una unidad psicofísica, sino que, al mismo tiempo se inclina a burocratizar las relaciones con los pacientes. Esto significa que el médico tiende a olvidar que la primera medicina es él mismo, convirtiéndose cada vez más en un 'vertebrado de sangre fría', un burócrata gris y cansado". (Baldini, 1996, p.88).
5. "El enfermo no quiere lástima, pero sí confianza, amor de amistad. "Los que posan por una aflicción, dice Aristóteles, se sienten aliviados cuando sus amigos se conducen con ellos". *Filia* es amor, pero amor confiado. Y por confiado, confidente. A la amistad la caracterizan la confianza y la confidencia". (Gracia, 1996, p. 28).

obligaciones de ambos, como también su buena voluntad, puesto que entre los dos se genera una distancia de mediaciones hostiles de tipo burocrático-institucional, logístico, económico, legal, de análisis de diagnóstico con aparatos sofisticados e incómodos (por no decir dolorosos e invasivos física y psicológicamente), de largas horas de espera y malos tratos en la comunicación, de poco tiempo de atención personalizada, y de terapias no suficientemente apropiadas por falta de recursos y buenos procedimientos. Al final de todo, el paciente que logre sobrevivir a toda esta parafernalia reniega del servicio y si cuenta con dignidad y dinero termina consiguiendo un abogado para demandar al médico y a las instituciones prestadoras de salud.

En esta realidad que describimos de manera lacónica, el Estado colombiano no solamente establece las reglas del juego para que funcione la prestación de servicios de salud, sino que es actor en el mismo juego que trata de reglamentar. La Ley 100 de 1993, de Seguridad Social, con sus decretos reglamentarios, está concebida para responder a la coyuntura de los recursos escasos y la demanda de democratización del servicio sanitario, con una visión integral del ser humano. Esta Ley comprende, además, aspectos como la previsión social y los regímenes prestacionales (invalidez, vejez y muerte), los seguros sociales para los trabajadores particulares y servicios públicos, el subsidio familiar, la asistencia pública, la salud ocupacional, el uso del tiempo libre, el saneamiento ambiental y la vivienda, entre otros aspectos.

La Ley vino después de la Constitución Nacional de 1991, la cual quiso poner al día la conciencia ciudadana sobre una Colombia que debe caminar hacia un Estado de democracia liberal participativa, pluralista, tolerante, igualitaria, aconfesional, de mercado libre y defensora de los derechos humanos. Ajustándose la Ley 100 a la Constitución Nacional, se inspira en los siguientes principios, que transcribo de la publicación de *El Tiempo*, p. 1E, domingo 19 de julio de 1998⁶:

1. Eficiencia: corresponde al uso óptimo de recursos administrativos, técnicos y financieros para una prestación adecuada de los servicios.
2. Universalidad: es la garantía de protección de por vida para todas las personas sin que exista discriminación alguna.
3. Solidaridad: es un principio de ayuda mutua para que la cobertura de la seguridad social llegue a la mayor cantidad posible de población.
4. Unidad: busca la articulación unificada de las políticas, instituciones, los regímenes, los procedimientos y las prestaciones de ley.
5. Participación: busca que los beneficiarios intervengan en la organización, control, gestión y fiscalización del sistema de seguridad social.

6. Sugiero al lector remitirse directamente al texto de la Ley 100, al Artículo 2º, *Principios*.

La buena voluntad de la Ley 100 no deja de tener sus escollos. Éstos serán progresivamente solucionados si todos los colombianos colaboramos, como es lo éticamente deseable. Un gran escollo es poder compaginar cobertura con calidad y con calidez de servicios, ante la escasez de recursos humanos, tecnológicos y económicos, dentro del concepto de “empresa social del Estado”. Escollo que conlleva también la dificultad real que tiene el Estado para diferenciar entre rentabilidad económica y rentabilidad social. Al concebir el servicio de salud como actividad empresarial rentable, la lógica de la ganancia avasalla la lógica ética del altruismo de la más noble tradición del acto médico y destruye las relaciones de mutua confianza y amistad del enfermo con los profesionales de la salud, con las muy comunes ahora demandas civiles y penales. Al liderar la economía neoliberal la prestación del servicio de salud, se impone con ella un criterio de calidad de vida que termina por arruinar la dignidad del ser humano vista en términos de sentido de la vida. Las estrategias en las cuales se sustenta esta reforma: descentralización, privatización y focalización, son las recomendadas por las agencias internacionales y la banca multilateral para adelantar la llamada “nueva” política social⁷. Otro escollo es la confusión cultural en que se encuentra el país, por los cambios acelerados, con su repercusión evidente en el sistema de valores éticos y morales. Por ahora hay cierto desconcierto en todos los estamentos de la sociedad y en todos los profesionales de la salud, especialmente los médicos, a quienes ya se les desajustó la Ley 23 de 1981 en materia de ética médica y de los objetivos de la medicina. Queda claro que la prestación de los servicios de salud y de pensiones debe hacerse al modo empresarial, con eficiencia y competitividad, en mercado libre y con rendimiento económico, como cualquier otro negocio. Para eso se establecen las empresas de medicina prepagada, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Y el usuario (otrora paciente) es libre, como cualquier cliente, de afiliarse donde quiera y de comprarle los servicios a quien mejor satisfaga sus aspiraciones. El personal sanitario se ve conminado a pensar de otra manera, a cambiar sus actitudes con los pacientes, a mediatizar su salario y condiciones de trabajo con las tarifas que las IPS les imponen, las cuales, a su vez, están mediatizadas por las EPS, y éstas por la

7. Al respecto dice la politóloga Consuelo Ahumada: “Pese a la propaganda oficial en torno a los logros de la reforma, la atención de salud en el país es cada vez más deficiente y precaria. La crisis sin precedentes de los hospitales públicos que se vive en el país actualmente ha puesto en evidencia los efectos nefastos de los recortes del gasto público y la eliminación de los subsidios a la oferta, fuente de la cual dependía el funcionamiento de estas instituciones, bajo el antiguo Sistema Nacional de Salud. La situación crítica del sector se agrava con el deterioro de las condiciones sociales de la mayor parte de la población y el incremento del desempleo y la informalidad. (...) Como en todas las demás reformas neoliberales, los grandes grupos económicos y financieros, tanto nacionales como internacionales, son los que han resultado más beneficiados” (1998, p.32-33).

legislación estatal. Y recordemos que el Estado no solamente arbitra el juego, sino que también es un jugador que mete goles a todo el sistema, pues es el dueño del pase de la EPS e IPS más poderosa que se llama Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Por otra parte, la Modernidad trajo consigo el concepto de libertad y de autonomía, como ganancia propia del conocimiento tecnocientífico en su combate diario contra la ignorancia, la superstición, el tabú, el mito, los dogmas y de cuanto pueda ser tildado de oscurantismo que impida al ser humano acceder al dominio de la naturaleza en búsqueda de sus ideales de bienestar. Y la ganancia, en estas dimensiones de lo humano hacia la justicia, puso en jaque los tradicionales principios médicos de la no maleficencia y la beneficencia, en función de los principios de justicia y de autonomía.

La sociedad de democracia liberal participativa, pluralista, tolerante, igualitaria, multiconfesional, de mercado libre y defensora de los derechos humanos, tendrá que repensar y reordenar los objetivos de la medicina para que sean coherentes con las nuevas condiciones. Mientras tanto, hay desconcierto acerca de los derechos y deberes de los profesionales de la salud, de los pacientes y de las instituciones responsables de la prestación de los servicios, todos ellos enturbiados por los vertiginosos avances de las biotecnologías que se introducen por todas partes sin pedir permiso, y por el atolondramiento del Estado para legislar oportuna y apropiadamente. En este escenario enrarecido se enrarece también la ética médica que fue útil durante tantos años atrás. Se enrarecen igualmente, en cascada, todos los códigos éticos de cada una de las profesiones de la salud. Y tendremos que superar los conflictos que surgen entre los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, para evitar que ellos se riñan entre sí como si fuesen cuatro púgiles enemigos que buscan victorias egoístas en contra de la vida humana, de su dignidad y de su sentido.

Ante este nuevo escenario, surge la Bioética como compañera de la sociedad del conocimiento y consejera que aporta soluciones prácticas a los problemas impostergables contemporáneos. Pero la Bioética va más allá de los conflictos típicos del servicio de la salud humana y se propone ser la nueva ética de la vida con postulados holísticos para asegurarle un futuro feliz a toda la biota, de la cual el hombre forma parte como uno de tantos inquilinos de la casa terrenal.

Bibliografía

- AHUMADA, Consuelo, "Política social y Reforma de Salud en Colombia", en *Papel Político*, N° 7, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Santafé de Bogotá, Abril de 1998.
- BALDINI, Massimo, "La relación médico-paciente en las reglas médicas de los siglos XVIII y XIX", en *Dolentium Hominum*, No. 31, Año XI, 1996n.1.
- GAVIRIA, Carlos Alberto, *Práctica médica en Colombia, paradigma bioético por excelencia*, Página Maestra Editoriales Ltda., Santafé de Bogotá, 1998.
- GIRÓN, José Antonio, "La medicina en una encrucijada ética", publicado en el periódico *El Pulso*, Medellín, Colombia, N° 5, febrero 1999.
- GRACIA GUILLÉN, Diego, "El Juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina", en *Dolentium Hominum*, n. 31, año XI, 1996n. 1.
- MAY, W. F., *Money and the Medical Profession*, Kennedy Institute of Ethics Journal, 1997.