

PERSPECTIVAS

EL MEDICO EN LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE FINALES DE SIGLO*

*Jose María Maya Mejía**

La medicina es el arte con fundamento científico que tiene a su cargo el cuidado de la salud del ser humano. No es la responsable de la salud, porque ésta depende fundamentalmente de factores genéticos, ambientales y comportamentales, pero sí contribuye a la calidad de vida con sus acciones pedagógicas, preventivas y curativas.

El ejercicio de la medicina está sufriendo profundos cambios, especialmente en lo relacionado con la organización y financiamiento de la prestación de los servicios de salud. La ley 100 de Seguridad Social marca un hito fundamental en este proceso de crisis que hoy vive la profesión.

El médico, profesional de la medicina, ha visto cambiar progresivamente el entorno donde realiza su quehacer y se ve sometido, cada vez más, a tensiones y exigencias que comprometen su ejercicio y lo hacen cada vez más difícil y complejo. Pero, ¿cuáles son estas características del quehacer médico que están poniendo en crisis a la profesión en forma no equiparable a muchas de las profesiones de la sociedad colombiana de finales del siglo XX? Enunciaré algunas:

Primera: La exigente preparación del médico.

La década de los 90 ha sido llamada la era de la biología. En este campo se ha producido una avalancha irrefrenable de avances científicos que ha conmovido los cimientos del ejercicio médico. Día a día se producen nuevos conocimientos, se niegan verdades del pasado y se incursiona en nuevos aspectos de los organismos vivientes. Esta realidad ha llevado a tornar muy compleja y costosa la formación del médico y a comprometer parte de su tiempo en actualización, para mantenerse científica y técnicamente a la par de los descubrimientos científicos.

La formación del médico general tarda entre seis y siete años con una altísima exigencia de tiempo y dedicación para poder manejar, con poca profundidad, las múltiples variables que interactúan y tratan de explicar la realidad de la vida humana, de la salud y de la enfermedad.

Como la capacidad resolutoria del médico general se hace, en virtud del crecimiento exponencial del conocimiento, del desarrollo de múltiples técnicas y de la legislación, cada vez menor, el médico se ve impedido, una vez realizando un año de servicio social obligatorio, no siempre en las mejores condiciones de infraestructura hospitalaria y desarrollo tecnológico, a seguir una especialidad. Son tres, cuatro y hasta cinco años de dedicación exclusiva al estudio y al trabajo, sin remuneración y soportando la incertidumbre de su ubicación futura.

Son diez o más años de preparación para el ejercicio de la profesión, que lo capacitan para solucionar problemas y propender por una mejor calidad de vida de sus pacientes. Este proceso, sin comparación en otras profesiones, se continúa con una necesaria y permanente asistencia a congresos, cursos y otros eventos de actualización y suscripción de revistas, de por sí costosas, sin los cuales no sería posible mantener la pertinencia de su conocimiento y la posibilidad de mejorar su capacidad de intervención ante las necesidades de sus pacientes.

En la medida que el promedio de los médicos vea disminuir sustancialmente sus ingresos, se verá menguada su posibilidad de mantenerse actualizado, con grave detrimento de su capacidad técnica y científica y, por ende, de la calidad de la atención al paciente. El deterioro progresivo del status social y económico del médico va a llegar a un desestímulo, como ya sucedió en enfermería, del estudio de esta profesión, con sus graves consecuencias a largo plazo. Hoy, la escasez de enfermeras está trayendo graves problemas a las organizaciones de la salud. ¿Qué pasaría con la escasez de médicos o con médicos pobremente capacitados? Perdería toda la sociedad.

Segunda: Complejidad del acto médico.

La práctica médica, tanto diagnóstica como terapéutica, es hoy una continua toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. Los médicos sabemos muy bien hoy que entre lo cierto y lo falso hay toda

* Decano, Facultad de Medicina, CES.

una impresionante forma de matices y que las actuaciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas hay que efectuarlas por lo general en condiciones de incertidumbre o probabilidad más que certeza. La certidumbre no caracteriza adecuadamente las condiciones normales de la actividad clínica, sino que debe ser considerada más bien como una excepción, es decir, como un caso límite en el proceso lógico de toma de decisiones que es, por sí, probabilístico. Diagnosticar es decidir la opción nosológica más probable entre todas las posibles. Lo propio acontece en el tratamiento.

Hace menos de un siglo, los médicos, en pleno auge del positivismo, creyeron estar en condiciones de resolver todos los problemas de la medicina, mediante una lógica meramente determinista, con dos únicas valencias: verdad-error. El médico creía poder diagnosticar siempre con certeza completa.

Hoy las cosas se ven distintas. La elevadísima proporción de enfermedades que no se dejan aprehender dentro de los estrechos límites de la lógica determinista ha hecho cambiar el proceso de decisión médica. Los médicos hemos venido asumiendo el modelo probabilístico, ya que sólo con él se pueden tomar en cada caso las decisiones más racionales, sean éstas probables o ciertas. Estas decisiones son las que se consideran más convenientes por su mayor probabilidad de acertar.

La anterior es una de las variables que convierte el acto médico en un hecho complejo y difícil, que no puede equipararse con la producción de otros servicios y menos, por lo tanto, estandarizarse y regirse por las frías leyes del mercado y la productividad. El acto médico no puede encasillarse en estas categorías de manera rígida, aunque ellas puedan utilizarse, críticamente, para el análisis global del trabajo del médico y las instituciones.

Pero hay otras variables que contribuyen a esta complejidad.

El actuar médico es un acto profundamente humano y, por ende, trasciende el campo biológico, afectando la esfera del paciente en su totalidad. El ejercicio de la medicina es una forma de encuentro humano que se caracteriza por la ayuda. La relación paciente y médico es más que un estrecho convenio profesional. Los médicos son más que simples proveedores y los pacientes más que simples consumidores de un servicio llamado atención en salud. El ser humano es "indigente" por naturaleza; las personas necesitan ayuda de otros desde el momento que nacen hasta cuando mueren, pero especial y particularmente, cuando están enfermas. La relación médico-paciente es y debe ser una relación entre personas.

La ayuda del médico se llama asistencia, término que en su raíz etimológica significa "estar al lado de otro" (ad-sistere), lo que el médico hace por la persona enferma; incluye por definición, cierta cercanía o relación. Esta es beneficiosa para ambas partes.

Los aspectos físicos de la enfermedad y la salud ocupan inequívocamente el primer plano de la actividad médica cotidiana. Esto ha llevado a pensar, erróneamente, que el tratamiento médico es bueno cuando resulta eficiente para el organismo físico. Pero no. La rectitud del tratamiento queda determinada por su efectividad para bien de la salud del hombre en su totalidad.

El servicio que presta un médico abarca, por lo tanto, mucho más que el mero tratamiento de la enfermedad. El médico está obligado a ayudar o a hacer que se ayude a un paciente cuando éste necesite asistencia para la realización de su existencia personal.

Ayudar a un enfermo significa siempre ofrecer asistencia a un ser humano concreto, el cual se encuentra en un determinado punto de su desarrollo vital, pues la vida es un proceso dinámico. Cada persona se encuentra siempre el camino hacia algún sitio, cada cual se ocupa de aquello que ante sus ojos aparece como su quehacer vital, la meta de su vida. Cuando más gravemente enferma se encuentra una persona, más integrada a su vida aparece la persona que la trata y que la cuida y esta integración aparece y resulta correlativamente más profunda y personal.

Lo anterior implica que el acto médico no sólo es complejo sino profundo y requiere de un esfuerzo especial de la totalidad del médico y no sólo de su capacidad racional diagnóstica.

Los pacientes cada vez buscan más un médico que no sólo cuide su organismo sino que interactúe con ellos teniendo presentes las tres dimensiones esenciales del ser humano: orgánica, psíquica y simbólica.

El desarrollo de la cultura ha llevado a una conciencia creciente del ejercicio de la autonomía como derecho humano fundamental, lo que plantea al médico moderno una nueva obligación: obtener un consentimiento informado, es decir, respetar la decisión autónoma del paciente, que surge de su realidad como persona, pero que se hace informada, en la medida que su médico le da suficiente y completa información y le permite tomarla sin ningún tipo de coacción. Esto implica una nueva actitud del médico y dedicación respetuosa al paciente, lo cual no puede realizarse si el acto médico se hace en forma rutinaria, rápidamente y con la presión de la productividad cuantitativa.

La intención, ajena a mi entender, del espíritu de la Ley 100, de convertir el acto médico en una simple actividad estandarizada, fruto del trabajo de un operador profesional, atenta contra la esencia misma de la medicina, que hace de éste un acto irrepetible, cambiante y en el cual el médico realiza con el paciente un ejercicio intelectual y humano complejo, con un objetivo: disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. No rutinizamos y estandarizamos al médico; lo destruimos y hacemos un profundo daño al paciente.

Tercera: Pérdida del ejercicio liberal de la profesión y riesgo de la alineación en el acto médico.

El contrato entre el paciente y el médico es sencillo: "Yo deposito mi confianza en usted y usted cuida mi salud". Bajo las condiciones del contrato, un médico acepta hacerse responsable de cada uno de sus pacientes y éstos se confían en el criterio de los médicos, que les recomendarán, según su leal saber y entender, lo mejor para su vida. Los pacientes suponen igualmente que su doctor les dará el mejor tratamiento posible, cualquiera que sea su costo.

Pero, como son otros (ISS, EPS, aseguradoras) quienes pagan la mayoría de las cuentas, las posibilidades de enajenación del contenido de la relación se van haciendo cada vez mayores.

Quienes hacen hoy la intermediación de la relación médico-paciente tratarán de reglamentarla al máximo, introducirán el concepto de productividad en la misma, exigirán a los dos actores el cumplimiento de múltiples requisitos para concretar la relación y obtener cada uno de sus actores lo que busca en dicho encuentro: el paciente un proceso sanador completo y el médico una satisfacción y realización personal y unos honorarios que le permitan un vida digna.

Si la intermediación sólo se mira desde la perspectiva económica extrasectorial y extra médica, propiciará una visión mecanicista del actuar del médico, el cual verá reducida de forma importante su autonomía, al igual que los pacientes.

Los actos médicos que se realicen bajo este contexto de producción mecanizada, hacen que el arte médico se reduzca a una simple técnica que se aplica únicamente a nivel orgánico.

En este caso el trabajo médico se reduce a una de las tres dimensiones, pero sólo siendo integral, la medicina podrá continuar legítimamente con la pretensión de ser un arte. De lo contrario se reduciría a una técnica y el médico a un operario que la aplica a un organismo innominado, a cualquier hora del día o de la noche, con la única preocupación de mejorar su rendimiento para poder incrementar los ingresos en un sistema altamente competitivo.

Todo aquel que mire los procesos de negociación, contratación y análisis de la actividad en el sector de la salud, está de acuerdo que una medicina mecanizada, masiva, amenaza la relación médico-paciente en su integridad. No puede concebirse el ejercicio médico exento de relación y basado únicamente en datos, estadísticas, requisitos y protocolos inflexibles.

Un médico operario, que ejecuta actos médicos programados, masivos, impersonales, terminaría por enajenarse y perder totalmente su autonomía y quitársela al paciente para poder responder a la organización del servicio de salud en aparente beneficio de la mayoría y ampliación de la cobertura de los servicios de salud. ¡Extraña paradoja!

Esta perspectiva del ejercicio médico crea tensiones al profesional en este final de siglo. Se produce tensión entre la tecnificación instrumental de la medicina y la masificación de la asistencia al enfermo en el proceso de racionalización de la práctica médica. Como la tecnificación es cara, surgen conflictos de carácter económico y administrativo.

Igual tensión se da entre la masificación de la atención y la personalización del enfermo. La primera los esquematiza y automatiza y la segunda la individualiza en profundidad, tratando de llegar a una comprensión integral de cada proceso morbosos.

Igual sedita la tensión entre tres momentos que se viven en el ejercicio médico: el momento científico-técnico, el momento económico y el momento ético. La presión por la productividad no puede dejar de lado la obligación de una excelente atención científicotécnica y las consideraciones éticas de la misma.

Cuarta: Deterioro de la salvaguarda del secreto profesional y de la intimidad del paciente.

Uno de los fundamentos de la medicina y de la relación médico-paciente es la confianza que éste deposita en el médico que libremente eligió. Esta confianza le da la seguridad de poder confiarle a él sus problemas de salud, sus creencias, sus hábitos, etc., sin temor a su revelación a terceros personal. El paciente entrega, a través de esta confianza, lo más sagrado de su intimidad en manos del profesional que considera honesto y garante moral de esta información.

Cada día se hace más difícil la salvaguarda del secreto profesional y, por ende, de la intimidad del paciente. Por ello, es necesario que en el desarrollo de la ley y de las relaciones entre EPS, IPS y los profesionales se tomen las medidas necesarias para proteger la intimidad del paciente para, de esta forma, fortalecer la relación médico-paciente-institución de la salud.

Si se produce un gran deterioro de la privacidad del acto médico, la sociedad se verá gravemente afectada.

Quinta: Pérdida de la protección especial que la sociedad daba al ejercicio profesional del médico.

Con mayor frecuencia el médico se ve sometido a demandas por responsabilidad civil que van arrinconándolo y presionándolo a ejercer una medicina defensiva, que no es ni deseable, por la iatrogenia que produce, la irracionalidad en el gasto y la excesiva intervención en el paciente, ni posible, en un sistema de seguridad social como el que estamos implementando. El médico se encuentra "entre la espada y la pared", lo cual puede deteriorar su relación en los pacientes y, al mismo tiempo, dificultar mucho su desempeño, de acuerdo con los parámetros de evaluación que tracen las EPS y las IPS.

Los intermediarios de la salud deben tener en cuenta, al proponer tarifas, condiciones y restricciones al actuar médico, esta espada de Damocles, que

puede crear una nueva tensión en la relación médico-paciente-empresas promotoras de salud.

CONCLUSION

El médico que ejerce su profesión hoy en Colombia, está viviendo un difícil proceso de adaptación a los nuevos desarrollos del sistema de seguridad social. Es consciente de la importancia de implementar la ley de seguridad social para lograr universalizar la atención en salud y contribuir así a la equidad y la paz, pero, a la vez, siente que debe defender un quehacer médico humano, que contribuya a la realización personal de él como profesional y de su paciente y que su actividad sea mirada desde una óptica de salud y no meramente desde la óptica económica.

Comprende la necesidad de racionalizar la presentación de los servicios de salud para lograr universalizarlos, pero pide que se evalúe su desempeño y el de las instituciones en las que labora a partir del proceso de auditoría en salud desde una perspectiva ética de la profesión y, en último término, de la vida humana.

PERSPECTIVAS

ASPECTOS ETICOS EN LA REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA

*Luis Alfonso Vélez Correa**

Quizá no hay hoy en día un tema en bioética de más interés y controversia que las técnicas que se emplean en el proceso de la reproducción humana.

No sólo la comunidad científica sino el público se muestran, por un lado, asombrados del dominio que ha logrado el hombre para manipular el proceso más misterioso de la transmisión de la vida y, por otro, se perciben temerosos e inquietos por la amenaza que éstas técnicas implican para la integridad del ser humano en caso de no ser usados responsablemente.

En el momento actual el científico y el técnico, cuando pretenden hacer algo, no sólo deben preguntarse: "¿Puedo hacer esto?", sino: "¿Debo hacer esto?" La ciencia le responderá lo primero; sólo la ética lo segundo, puesto que es el único saber que trata del deber ser, de la licitud moral.

La técnica no es un fin sino un medio para el desarrollo del ser humano. Si una técnica no es benéfica para el hombre, no debe hacerse, así tengamos capacidad para realizarla.

En el campo de la medicina esto es más obvio. Los antiguos llamaban a la naturaleza *Natura medica*. Con esto significaban que la naturaleza es la que se cura a sí misma, se repara sus lesiones. El médico, según ellos, lo que debe hacer es ayudar a la naturaleza en ese proceso, no entorpecerlo como a veces hacemos, y de allí el dictum hipocrático de: "Primero, no hacer daño".

En estas técnicas para ayudar a la reproducción humana, lo anterior cobra más importancia; lo que se haga debe promocionar al ser humano y ser una ayuda para que la naturaleza haga el proceso de la generación.

Es importante el concepto que tengamos de lo natural. Esto debe ser algo dinámico, que se hace en el tiempo, que puede ser orientado y modificado por el ser humano. Contrario a lo que a veces se piensa, que lo natural es aquello en lo que no debe intervenir el hombre y que ya está determinado por leyes fijas e inmutables. Es por esto y muy loable que ahora podamos modificar las condiciones de la reproducción humana sin que esto vaya contra la naturaleza.

* Director, Facultad de Estudios Interdisciplinarios, CES.