

Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud

Un dilema ético y un imperativo social

José Félix Patiño Restrepo
Presidente de la Academia Nacional de Medicina. (Colombia)

El imperativo hipocrático

La medicina es un arte, es una ciencia –la más joven de las ciencias-, es una profesión. Es la más intensamente moral de las actividades humanas, porque se fundamenta en una devoción, plasmada desde hace 2,500 años en el código hipocrático, el juramento que todos los médicos hacemos al culminar la carrera de estudiantes: dedicación total a nuestros pacientes, servicio a la sociedad.

La medicina, cuyo servicio dio origen a muchas de las ciencias, es la más humana de todas las ciencias: es la más humana de todas las ciencias: es la ciencia del Hombre. En su práctica, por razón de lo impredecible del organismo humano, que es un sistema complejo adaptativo y de estructura y funcionamiento disipativo, el médico todavía tiene que basar sus decisiones en un razonamiento juicioso y una alta dosis de intuición. Como lo dice George W. Gray, “En la ciencia médica, los vastos océanos de ignorancia aún sobrepasan a las islas de conocimiento, tal como ocurre con casi todas las ciencias. A pesar de sus limitaciones, de su continua búsqueda de la evidencia, la medicina se perfila como uno de los grandes triunfos del espíritu humano”

“La medicina es, en esencia, una empresa moral fundamentada en un compromiso de confianza y honestidad. Este compromiso obliga al médico a mantener elevada competencia profesional para utilizarla en beneficio del paciente. Los médicos, por lo tanto, están intelectual y moralmente obligados a ser agentes del paciente en todo momento y en toda ocasión. Pero hoy tal compromiso se ve seriamente amenazado... Creemos que la profesión médica debe reafirmar la primacía de su obligación con el paciente... Sólo mediante la adecuada atención y la representación como agentes del paciente se logrará reafirmar la profesión. “Así se expresan Ralph Crawshaw, David E. Rogers, Edmund D. Pellegrino, Roger J. Bulger y otros en *Policy Perspectives. Patient-Physician covenant* publicado en el *Journal of the American Medical Association (JAMA)* el 17 de mayo de 1995. Y en un editorial redactado por médicos de Massachussets, el JAMA publicó el 3 de diciembre de 1997 un pronunciamiento similar bajo el título “Por nuestros pacientes, no por el lucro. Un llamado a la acción, en el cual se lee: “Crecientes nubarrones oscurecen nuestra obligación y amenazan con transformar la atención de la salud, cambiándola de un compromiso de confianza a un contrato de negocio. Los cánones comerciales desplazan a los cánones de la medicina, pisoteando los valores más sagrados de nuestra profesión. La medicina mercantilizada trata al paciente como centro de lucro... Los médicos y enfermeras son empujados mediante amenazas y sobornos a abdicar su compromiso con el paciente y a hacer a un lado a los más enfermos, cuyo cuidado puede no ser rentable.” (Policy 1997).

La práctica médica, basada en profesionalismo e idoneidad, es un baluarte moralmente estabilizador de la sociedad.

La medicina protege los valores sociales más vulnerables, y cuando el profesionalismo médico se debilita, se resquebrajan los cimientos mismos de la sociedad. El ejercicio de la medicina es actividad intelectual que, mediante el método científico, crea y acumula conocimiento sobre la vida y sobre la organización de los seres humanos en sus diferentes condiciones ambientales. Porque su acción es eminentemente humanitaria y altruista, la medicina es la más genuina y pura expresión de humanismo.

Diferente de otras profesiones, la medicina está en contacto permanente con el sufrimiento y con la enfermedad. Y, también diferente de otras profesiones, la medicina atrae a lo mejor de la juventud, a aquellos con generosa motivación y sincera convicción de servicio.

**La vida es corta,
El arte es largo,
El experimento es impredecible,
Y e juicio difícil.**

Este es el Primer Aforismo de Hipócrates.

Dice el Juramento hipocrático:

El régimen que adopte será para beneficio del paciente según mi habilidad y mejor juicio... A Cualquier hogar donde yo entre, será por el bien del enfermo. Cualquier cosa que vea o escuche relativa a la vida humana, durante el cuidado del enfermo o en otras circunstancias, que no deba ser propaganda, la mantendré en silencio, considerando ello como secreto sagrado.

El interés principal de Hipócrates fueron el paciente y su cuidado. *Establezca el pasado, diagnostique el presente, prevea el futuro*, escribió en las "Epidemias"... *Practique todo ello. En cuanto a la enfermedad, haga un hábito de dos cosas: ayudar, pero por lo menos no hacer daño. El arte consiste en tres partes: la enfermedad, el enfermo, el médico. El médico es un trabajador del arte.*

Es extraordinario, como lo dice Roger J. Bulger (1987), un gran pensador médico norteamericano, que en el transcurso del tiempo desde la época de Hipócrates, la historia no registra otro pronunciamiento que defina en forma tan completa el código de moral médica.

Hipócrates vivió entre los 460 y 370 a.C., en la plena gloria intelectual de Grecia clásica. Contemporáneo de Sócrates y de Platón, murió cuando Aristóteles estaba joven, algo así como una década antes del nacimiento de Alejandro Magno.

En franca antítesis del idealismo platónico, Hipócrates se preocupaba de los eventos del diario vivir. Según Hipócrates, el hombre pertenece a la naturaleza, pero la naturaleza no pertenece al hombre. Tal fue su actitud hacia el ser humano y a su entorno.

Hoy reconocemos dos mundos: el mundo de la naturaleza y el mundo del hombre. Es decir, el mundo ecológico y el mundo socio-político-militar-económico, cada uno interactuando con el otro (Bulger 1987, p. 39).

El médico contemporáneo, el "Hipócrates moderno", en el cumplimiento de su misión tiene que ver con ambos mundos. La salud, que es su obligación cuidar, depende más de factores ambientales, ecológicos, del mundo natural. El hombre, en su afán económico, atenta contra la naturaleza, la destruye y así se destruye a sí mismo. Su organización social, que debería estar orientada a la protección de los más débiles y desvalidos, más bien se estructura para lograr beneficio económico por encima del bien colectivo, apabullando consideraciones morales.

El compromiso social del médico de hoy se realiza en un extraño contexto social, el de la *atención gerenciada de la salud*, en la que él, como "prestador" de servicios, tiene que rendir cuenta de sus acciones, ahora distorsionadas por un mandato corporativo, mientras la corporación que administra y dispone de los recursos, que ignora su imperativo hipocrático y convierte la atención de la salud en una industria y el acto médico en un bien de mercado, no es responsable ni tiene a quien rendir cuentas.

En tal contexto resultan aplastados los valores profesionales, y la medicina queda desprovista de autonomía intelectual bajo una espuria dominación burocrático-administrativa cuyo objetivo principal es la contención de costos –rehusando servicios–, para un mayor lucro corporativo.

Se pregunta Bulger (1987, p. 4-5) si el nuevo esquema industrial habrá de destruir al médico de vocación hipocrática, al convertirlo en empleado de una corporación con ánimo de lucro y hacerlo abandonar su misión primaria que es la defensa de los intereses del paciente. ¿Llevará la desregulación de la industria de la salud a convertir al médico en un hombre de negocios, consciente de los costos y que trate de encontrar un equilibrio entre la calidad del producto y el lucro de la corporación? ¿Ya no será viable mantener un cuerpo élite de profesionales con esa combinación especial de talento y de compromiso social? ¿Logrará el ánimo de lucro destruir la profesión médica al desestimular a los jóvenes más capaces de ingresar a ella? ¿Tendrá mérito la búsqueda del Hipócrates moderno? ¿Vale la pena explorar y definir las características de la vocación médica en el nuevo contexto socioeconómico?

Es realmente motivo de perplejidad ver cómo Colombia, un país que necesita la rápida inserción social de los avances científicos y tecnológicos para el sistema de salud, logra allegar cuantiosos recursos al sector mediante la Ley 100 de

1993, pero por razón de defectos estructurales, éstos son consumidos por una costosa y lucrativa intermediación financiera que dice poseer una ética basada en un nuevo contrato social para el bien colectivo.

¿Es irreconciliable esta discutible “ética” corporativa con la ética hipocrática? La Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina cree que no lo es, y que mediante un proceso de conciliación y concertación se podría llegar a acuerdos que permitan corregir los reconocidos graves defectos de la ejecución de la Ley 100.

En efecto, como lo también lo anota Roger J. Bulger (1988, p.2), se pueden provocar cambios que lleven a la definición de *un nuevo paradigma postmoderno* basado en un reordenamiento de valores que pueda integrar los tres grandes componentes actuales de la atención de la salud -ciencia/tecnología, burocracia corporativa y cuidado del paciente- en un novel enfoque de atención de la salud más humano y más efectivo.

La medicina en un futuro inmediato

Reconocidas tendencias sociales, vistas como rumbo o dirección que algunos denominan “megatendencias”, llevan a reclamar cambios profundos en la educación médica, como lo anota M.T. Brenner, joven médico de Northwestern University en un artículo en *The Pharos*; el órgano de la benemérita Sociedad Médica de Honor Alpha Omega Alpha.

Megatendencias como el creciente interés en la atención primaria y la medicina preventiva, concomitante con una hoy casi ilimitada capacidad para aplicar el vasto conocimiento médico disponible en un nivel superior de sofisticación tecnológica. O la culminación del reduccionismo que esclarece, en dimensión molecular, el fenómeno de la vida y de la enfermedad, al tiempo que plantea una visión “*holística*” y, como dice el físico Marcelo Alonso, mesoscópica, de la complejidad autoorganizacional del ser humano y de las sociedades que éste conforma. O el enorme volumen de conocimiento científico, hoy de características claramente transdisciplinarias, amplificado y convertido en ubicuidad intelectual por la informática. O la fusión de la cibernética mecánica con la cibernética biológica, que permite incrementar la capacidad de los computadores para llegar a la verdadera inteligencia artificial, a las máquinas de automatismo inteligente, máquinas dueñas de una inteligencia que tal vez superará a la inteligencia humana. O el progreso de la ciencia del trasplante de órganos entre individuos de la especie humana que hace posible la recuperación de pacientes en fallas orgánicas terminales, y donde ya se vislumbra la posibilidad de hacerlo entre especies diferentes mediante la modificación transgénica.

La perspectiva actual, y para los muy próximos años, es la de un casi ilimitado campo de la genética, ya descifrado el genoma humano. La clonación es realidad, y la clonación humana es factible, por supuesto con inmensas implicaciones éticas y legales (Patiño 2001^a). El siglo XXI será “el siglo de la genética”.

El continuado avance de la tecnología para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez menos invasores y de mayor precisión y seguridad, expanden el panorama del diagnóstico y la terapéutica especializada.

La creciente transdisciplinariedad de las profesiones de la salud y la redefinición de las especialidades tradicionales frente al análisis de las tareas demarcarán la atención de la salud en una nueva taxonomía profesional.

La revolución biomolecular por un lado, y la computadorización y robotización del ADN por otro, hará posible que, como lo escribe Michio Kaku en su obra *Visions* (1997, p. 143), personificar el código genético y colocar su secuencia total en una tarjeta del tamaño de una tarjeta de crédito, o sacar un CD (*compact disk*, disco compacto) del bolsillo y decir: “Aquí hay un ser humano; soy yo”.

Curación y atención en la medicina gerenciada

El cambio paradigmático de una medicina milenaria cuyo objetivo fue la curación más que la atención, hacia una que enfoca los problemas biológicos del deterioro del cuerpo humano para lograr no sólo mayor longevidad, sino mejor calidad de vida, es algo que los físicos denominarían el loro de una entropía negativa, o neguentropía. El paradigma curativo se fundamenta más en un enfoque analítico de la enfermedad que del enfermo que la padece, mediante información objetiva derivada de mediciones biológicas y de imágenes, dinámicas y tridimensionales, separándolo de la sensibilidad y de las emociones del paciente y de factores de índole psicosocial. Su propósito es derrotar a la muerte sin mayor preocupación por la calidad de la vida, y, por consiguiente, la muerte es vista como la falla suprema; frente a ello

aparece una mayor demanda por calidad de vida, más que longevidad, por parte de una sociedad ya de por sí longeva, y una atención creciente al significado de la muerte y a los costos de morir.

Al tiempo que los administradores de los sistemas gerenciados y prepagados de salud preconizan la atención primaria con un evidente propósito cancerbero destinado a la contención de costos para un mayor lucro –lo cual es compatible con la “ética corporativa”- el ciudadano, hoy mejor informado, sabe que sus verdaderos problemas son la enfermedad catastrófica que demanda atención del más alto nivel de complejidad y las enfermedades crónicas y degenerativas. Los intermediarios que administran los cuantiosos recursos que la Ley 100 de 1993 asigna al sector de la salud, maniobran para trasladar el costo de lo primero a los hospitales y rehuyen lo segundo a través del bien conocido mecanismo de las “preexistencias” y la selección adversa.

Según el *dictum* del médico de antaño, Francis W., Peabody, “el secreto de la atención del paciente reside en atender al paciente” (Fine 1999). Hacia ello debe estar totalmente orientado el sistema de salud de Colombia, protegiendo y estimulando, ante todo, la naturaleza altruista y la vocación de servicio de la medicina por encima de los intereses económicos de las entidades intermediarias.

Roberto Esguerra Gutiérrez, hablando ante la Academia Nacional de Medicina sobre “La Medicina para el Nuevo Milenio”, se refirió al proceso histórico de profesionalización y fortalecimiento de la medicina, y también a los fenómenos externos de carácter social, a los cambiantes patrones epidemiológicos, a la revolución de la información y a los errores y complicaciones en la medicina moderna que han afectado la práctica, y planteó la necesidad de cambiar, de indicar los errores y de señalar el camino correcto para el futuro. Esguerra citó el estudio de Hastings Center de 1996, el cual discute los valores de la profesión, sus nuevas metas –entre ellas la de ser financiable y económicamente sostenible-, enuncia los principales factores de cambio y, al referirse a la medicina como profesión, propone cinco características del médico: honestidad, humildad, humanismo, ecuanimidad y juicio.

A lo anterior podríamos añadir cientificismo y liderazgo social. Liderazgo, porque la pérdida de dominación profesional ante un sobrecogedor dominio del intermediario burocrático, derivado de su encargo legal de administrar los recursos del estado, es tal vez la causa principal del deterioro que se observa en Colombia de la medicina como profesión y como ciencia.

El “*managed care*” y la atención gerenciada de la salud.

George F. Sheldon, presidente del American College of Surgeons analizó en un artículo reciente la situación de la atención médica gerenciada, o “*managed care*”, y la posibilidad de exportar el sistema (Sheldon 1999). Algunos países del tercer mundo constituyen mercados atractivos para las HMO (*Health Maintenance Organizations*), las entidades que administran el *managed care* en los E.U.A. Por supuesto, el problema reside en determinar si un sistema como la atención gerenciada puede ser copiado y transferido a otro país.

El “*managed care*” fundamentalmente es un sistema prepagado de seguro de salud, en el cual el costo del riesgo es transferido del ente que tradicionalmente lo ha asumido, el asegurador, al ente que provee el servicio. Incluye una gama de modelos de financiación y administración del aseguramiento. Aunque se podría considerar como de propósito socialista en su origen, es un engendro netamente capitalista, nacido en 1971 en el gobierno republicano ultraconservador de Ricard Nixon, y contiene contradicciones en cuanto a los papeles que juegan el proveedor, el paciente y el pagador. Su problema principal reside en que tiene que manejar costo en vez de atención. El concepto de cancerbero, que personifica el médico de atención básica, el “*gatekeeper*”, restringe costos con base en asumir simplemente que, si no se da servicio, no se incurre en costos.

Las organizaciones de *managed care* seleccionan la población afiliada y tratan de enrolar gente joven con baja posibilidad de enfermar y de incurrir en costos. El sistema es corporativo en su naturaleza, en su orientación, en su terminología. Sus valores, que constituyen la ética corporativa, son el lucro, la competencia, la responsabilidad ante sus accionistas y la honestidad. Por su parte, la ética profesional (o ética hipocrática) incluye servicio, defensa del paciente, altruismo y humanitarismo. El enfoque de la ética profesional es el de las necesidades del paciente, no el del contrato comercial ni aun de las expectativas generales de la población. Una parte del conflicto con el “*managed care*” es que este proclama mejorar la salud e la población mediante medidas preventivas; pero su fuerte énfasis en contención de costo, le impide actuar en tan importante asunto.

En cuanto a costos de la atención de la salud en los E.U.A., el “managed care” no ha resuelto el problema, y por el contrario parece contribuir a empeorarlo: en efecto, en 1998 el costo ascendió en 6% y se esperaba un ascenso de 9% en 1999. Sheldon cree que los problemas y abusos del “managed care” habrán de disminuir en la medida que la calidad de la atención surja como el propósito fundamental de los sistemas de salud, reemplazando al costo como el enfoque dominante. Finalmente, este distinguido autor, de pura extracción académica, se pregunta si el “managed care” está listo para exportación. Muchas de sus características son válidas y útiles, el concepto de aseguramiento por prepago es lógico y podría ser transferido a otros países con base en el análisis caso por caso.

En un artículo aparecido en el *New England Journal of Medicine* en 1999, Stocker y colaboradores se refieren a cómo en los E.U.A. hay un creciente debate sobre la dirección que tiene el “managed care”. Hacia fines de los años 1980 y comienzos de los 1990 este modelo se había expandido a otros países, y en algunos de Europa se iniciaron cambios en los sistemas nacionales de salud consistentes en introducir la competencia de mercado y la privatización de servicios públicos. Sin embargo, recientemente se ha dado reverso a tales reformas en varias naciones, entre ellas Gran Bretaña, los Países Bajos y Suecia.

Escriben estos autores que a partir de mediados del decenio de 1990, compañías norteamericanas de “managed care” y fondos de inversión han entrado al mercado latinoamericano, lo cual se traduce en privatizaciones y recortes en los servicios públicos. El “managed care” presupone que la atención de la salud se preste bajo la administración y control de grandes corporaciones privadas mediante sistemas de capitación, transfiriendo el riesgo financiero a los hospitales, clínicas y médicos. En algunos países de América Latina y a las compañías de atención gerenciada perciben grandes ganancias. En Brasil, Sur América Seguros, cuyos servicios de “managed care” son en gran parte propiedad de Aetna, generó 1,299 millones de dólares en 1996. Aetna también ha adquirido participación en las ISAPRE de Chile, sistemas de atención gerenciada creadas bajo el gobierno de Pinochet, y se ha extendido a México y Perú. CIGNA ya ingresó a Brasil, Chile, Guatemala, Argentina y México. El American International Group y Principal, corporaciones de seguros norteamericanas, y EXXEL, un fondo de inversión multinacional “incorporado” en las Islas Cayman, han ingresado a los mercados de pensiones y de atención gerenciada en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y México.

En la medida que se denuncia corrupción e ineficiencia en los sistemas públicos, prolifera el “managed care” privado, fenómeno que se facilita con la globalización y que tiene el apoyo del Banco Mundial y de otras agencias multilaterales como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional, entidades que favorecen la privatización de los servicios públicos. En este movimiento hacia el “managed care” no se registra esfuerzo orientado al fortalecimiento de la medicina preventiva, al control de la calidad de los servicios ni al apoyo a la educación y la investigación.

En América Latina, como en los E.U.A., existe preocupación acerca de la discriminación en el acceso que desfavorece a los grupos de pacientes más vulnerables y por la reducción en el gasto en atención resultante de los costos de administración y de las utilidades que deben ir a los inversionistas. En la medida que las corporaciones de atención gerenciada con ánimo de lucro asumen la administración de las instituciones públicas, sus mayores gastos administrativos consumen los recursos que anteriormente se aplicaban a servicios clínicos. Los costos administrativos y de promoción corresponden al 19% de los gastos anuales de las ISAPRE en Chile. Las organizaciones de “managed care” de América Latina han atraído a las personas más jóvenes, de menor riesgo y libres de enfermedades crónicas, mientras los pacientes más graves, los de edad avanzada y los que requieren atención de alto costo, gravitan hacia el sector público. En varios países latinoamericanos se ha creado una resistencia creciente hacia la atención gerenciada, como ocurre en Ecuador y Brasil, en contraste con Argentina, Chile y Colombia donde la resistencia organizada ha sido menor. Las asociaciones profesionales y los sindicatos han iniciado campañas en contra del ingreso del “managed care” a los sistemas públicos. Public Services International, una coalición internacional de sindicatos (www.world-psi.org) que representa a los trabajadores públicos, ha ayudado a organizar la oposición al “managed care” en varias naciones.

Otras corporaciones europeas como el Grupo Santander y el Banco Vizcaya de España, Allianz de Alemania y el Zurich Investment Group de Suiza, han entrado más recientemente al mercado latinoamericano en las áreas de “managed care” y de pensiones. Concluyen Stocker, Waitzkin e Iriart en su artículo en el *New England Journal of Medicine*, que es necesario estudiar y analizar los efectos de la política del *managed care* en América Latina, especialmente cuando su introducción en la región es vista por los inversionistas como una potencial oportunidad de negocio lucrativo (Stocker et al 1999).

En Colombia, la Ley 100 de 1993 instauró un sistema de aseguramiento por prepago y capitación que en sus aspectos fundamentales es similar al “*managed care*” de los E.U.A.

La atención gerenciada de la salud genera enormes ganancias para los entes intermediarios. Según Woolhandler y Himmelstein de Cambridge, Mass., E.U.A., en una conocida HMO (Health Maintenance Organization) el plan de salud que cubre a 2,4 millones de afiliados invierte sólo 74,4% de sus ingresos en atención médica; 1 millón de dólares ingresa diariamente como utilidades, lo cual se añade a los 1,2 billones (1,200 millones) de dólares de reservas. Su ejecutivo principal ganó 20 millones de dólares en un solo año, y posee 534 millones de dólares en acciones de la compañía (Woolhandler & Himmelstein 1995). Este ejemplo explica por qué en los E.U.A. los costos de la atención de la salud crecieron con el advenimiento de la atención gerenciada.

Evidentemente la atención gerenciada de la salud es una industria de altísimos rendimientos. Y tal parece ser también la situación en Colombia. Sólo que aquí, a diferencia de lo que sucede en los E.U.A., al tiempo que la intermediación consume cuantiosas sumas y percibe grandes ganancias, los hospitales se debaten en una grave crisis económica.

Ahora, cuando la subsistencia del Instituto de Seguros Sociales se encuentra en entredicho y los hospitales públicos mueren o agonizan, se fortalece un tenebroso panorama monopólico de una atención de la salud concebida como negocio y no como servicio social.

La promoción de la salud ha sido lema preferido de la reforma que instauró la Ley 100 de 1993 en Colombia. Sin embargo, los indicadores aparecen desalentadores y son claramente indicativos de un franco retroceso, especialmente en un campo de tanta trascendencia como es el de la vacunación. A ello se refirió, en el seno de la Academia Nacional de Medicina, el entonces Representante de la Organización Panamericana de la Salud, doctor Hernán Málaga (Málaga 1998, 1999).

Y en cuanto a cobertura, el panorama es todavía peor: reconociendo la inexcusable carencia de información en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), encontramos que de una cobertura de 22,8 millones, 15 millones en el régimen contributivo y 7,8 en el subsidiado, según informó a esta Academia el ex ministro Juan Luis Londoño (cifras similares fueron informadas al Congreso de la República por la ministra María Teresa Forero en julio de 1998, al final del Gobierno de Ernesto Samper), los datos, una vez depuradas las afiliaciones duplicadas y otras fallas en las bases de datos por la Superintendencia Nacional de Salud, indican que sólo hay alrededor de 11.5 millones en el régimen contributivo y tal vez unos 8 millones en el subsidiado, para un total de cerca 20 millones, frente a los supuestos 22.8 millones de 1998. O sea, que el Sistema General de Seguridad Social tal vez no alcanza a cubrir ni la mitad de la población colombiana. Pero no es que el actual gobierno haya disminuido la cobertura: es que jamás fue tan alta, y que las cifras, a los siete años de vigencia de la reforma, todavía no son confiables. Y se debe anotar que cuando se habla de cobertura en verdad se refiere a carnetización, que es bien diferente de cobertura.

De todos modos, asumiendo que después de la expedición de la Ley 100 el sector de la salud dispone del 10% del PIB, tendríamos que aceptar que el sistema de salud colombiano es tal vez el más costoso de América Latina. Y al ver sus desastroso resultado, también tendríamos que aceptar que es el más ineficiente. Por supuesto, es el más inequitativo, si se considera que hay un valor de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) diferencial para el régimen contributivo y para el subsidiado, y que al confrontar los dineros disponibles en 2001 para la atención de los “vinculados”, principalmente en los hospitales públicos, habría una “UPC vinculada” muy inferior a las anteriores, como lo ha denunciado ante la Academia Nacional de Medicina el epidemiólogo y académico Gabriel Carrasquilla, quien ocupó la Secretaría de Salud el Valle.

Muy grave es la condición actual de la medicina en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aparte del terrible despilfarro e indebido uso de los recursos por causa del complejo flujo, de máximo deleite burocrático, que estableció la Ley 100, vemos con profunda preocupación la reducción del capital intelectual de la profesión médica colombiana, la erosión de los valores éticos y morales de la atención de la salud apabullados por una rígida teoría económica y, lo más grave, la desprofesionalización de la medicina que causa el inexorable proceso de burocratización, proletarización y pérdida de su autonomía intelectual, a lo cual se suma la desbordada proliferación de facultades de medicina, la mayoría de ellas carentes de recursos académicos que garanticen una buena docencia. Todo ello se traduce en un dramático descenso en la calidad de la medicina colombiana (Patiño 2001a).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está sumergido en un maremagno de decretos y disposiciones reglamentarias, prácticamente todas de carácter administrativo, muchas contradictorias en cuanto a propósitos de interés social y de agilización de servicios. Evidentemente son más favorables para los entes intermediarios, para las empresas que administran los recursos, que para los hospitales e instituciones prestadoras de servicios. Basta con mirar la honda crisis actual del sistema hospitalario.

Por otra parte, no se ve una reglamentación claramente orientada al fortalecimiento de la infraestructura de atención o a la protección de los derechos del paciente, sino más bien a favorecer los intereses de los entes intermediarios creados por la Ley 100. Por ello, en su momento registramos con beneplácito las declaraciones a la prensa del Ministro de Salud Virgilio Galvis, con ocasión del congreso de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas: "los que se estaban quedando con la platica, los intermediarios, los que negociaban con la salud, todos van a tener que rendir cuentas. Algunos podrán hasta terminar en la cárcel." (*El Tiempo*, marzo 4, 2000); y: "Hay que acabar con la intermediación y la evasión" (*El Espectador*, marzo 4, 2000). Algunas de las disposiciones emanadas de su despacho estuvieron claramente orientadas a favorecer al usuario, aunque otras han sido motivo de controversia. La Ministra de Salud, Sara Ordóñez, tomó importantes medidas para racionalizar el proceso de compensación, el cual había sido tremendamente defectuoso, por razón de los duplicados y otras fallas protuberantes, todo lo cual ha significado un enorme despilfarro de los recursos públicos que maneja la intermediación privada.

La Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina ha dado amplio apoyo a la importante labor desarrollada por Inés Gómez de Vargas al frente de la Superintendencia Nacional de Salud. Con la colaboración del Ingeniero José Gregorio Pachón, asesor de la Academia y Jefe de la Oficina de Recursos Educativos de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAFEM), la Superintendencia ha logrado la depuración de las bases de datos de las entidades intermediarias y la construcción de un comprobador de derechos tendiente a evitar las afiliaciones múltiples que tanto han costado al SGSSS. En mi opinión este trabajo, que se inició en la Secretaría de Salud de Bogotá bajo la administración de Beatriz Lodoño, representa lo más importante que se ha hecho en cuanto a racionalizar y controlar la disposición de los recursos en lo que va corrido de la expedición de la Ley 100 hace más de 7 años.

Y es que, en efecto, la Ley 100 abrió un panorama que es el sueño de un negociante: una industria de rápido flujo de recursos, el pago anticipado y garantizado de servicios que se contratan al gusto del intermediario que recibe y administra los fondos; la capacidad de transferir el riesgo económico a los hospitales; la libertad para fijar las tarifas unilateralmente y la peculiar estructura que permite demorar los pagos. Es la creación de una nueva industria, la industria de la salud, con una visión estrecha de contención costos para mayor lucro, con desatención total a los valores de la medicina y de la salud pública y con una gran indiferencia por los derechos del paciente, todo ello con carencia absoluta de una infraestructura de información y prácticamente sin mecanismos de control. El diálogo en el sector de la salud, que antaño versaba sobre calidad de la atención, innovación, investigación y progreso tecnológico, ahora se refiere a capitación, facturación, ingresos, mercadeo, contratos comerciales, auditoría de costos. El nivel de insatisfacción y de frustración es máximo en los profesionales de la salud, y los médicos jóvenes se forman con una visión defensiva, cínica y mercantilista de su profesión (Attarian 1999).

La industrialización de la salud bajo las fuerzas del mercado no es un fenómeno universal. No existe en Canadá, ni en España, ni en Francia, ni en Gran Bretaña, ni en Holanda, ni en Bélgica, ni en los países escandinavos, que poseen todos buenos servicios de salud. En estos países la financiación de los servicios de salud es primordialmente de carácter estatal. Uwe Reinhardt, alemán, notable economista de la salud de Princeton, dice: "Larga vida a las fuerzas del mercado... Estoy seguro que los mercados funcionan bien en cuanto a la distribución de "pies" de manzana. Pero no lo estoy en cuanto a los servicios de salud".

Estamos frente a un problema de filosofía social, de actitud. Es pertinente citar a W. Ospina, quien en una columna de *Cambio* decía: "calculadora en mano, ciertos genios del equipo de gobierno han empezado a planificar la salud e Colombia con el criterio que se abre camino en el mundo: la gente es un problema y la salud es un negocio. Y si no lo es, hay que volverla."

La Academia Nacional de Medicina, profundamente preocupada por el desastre del sector de la salud en Colombia, ha oído diversas opiniones sobre la reforma de la seguridad social en salud que instauró la Ley 100 de 1993, de personas que, como los miembros de la Academia, sólo buscan caminos para el buen cumplimiento de la suprema obligación del médico, que no es otra que ejecutar el precepto hipocrático de servir al paciente y a la sociedad. En desarrollo de la

responsabilidad que se me confirió como Presidente de la Academia, en ocasiones me he convertido en vocero, no como agente de expresión de ideas políticas –y menos de intereses personales- sino para reiterar que la perduración y el fortalecimiento de la medicina, como profesión y como ciencia, son los únicos factores capaces de asegurar el logro de los beneficios sociales que pretende la reforma de la seguridad social en salud. En ello me ha acompañado la Junta Directiva con decisión y con firmeza. Cuando la Academia decidió la reelección de la Junta Directiva para orientar los destinos de la Academia hasta el año 2002, el Presidente y la Junta Directiva reiteraron su empeño de contribuir en forma positiva a corregir los grandes defectos que exhibe la implementación de la Ley 100, cuyos buenos propósitos reconocemos, y, una vez más, convocamos a concertar esfuerzos orientados al logro de tal propósito en el marco de la atención de la salud concebida como servicio social.

Ley 30 de 1992 y educación médica

Otro aspecto de preocupación principal para la Academia Nacional de Medicina es el de la educación médica.

La “teoría médica formal” y la dimensión del conocimiento médico, son las dos fuerzas de tradicionalmente han determinado los patrones de la práctica profesional, y el conocimiento médico se refleja en la organización de la atención de la salud. Ahora, cuando una rígida teoría económica produce cambios profundos en los patrones de la práctica profesional, la carencia por parte de los médicos de conocimientos en economía de la salud, administración y gerencia, ha resultado en que tales cambios se impongan desde fuera del sector médico, por planificadores y administradores que están muy distantes de la dimensión social y científica de la medicina, y todavía más en su compromiso humanitario. Urge introducir modificaciones sustanciales en los planes de estudio de las facultades de medicina, orientados a ampliar el conocimiento médico con un nuevo gran componente de economía, administración y gerencia, y así lo plantea el modelo de currículo médico que estudia la Comisión de Educación.

La medicina es una profesión, una actividad intelectual, no un oficio. La educación médica es verdadera *educación*, y no simple *capacitación*, o, como se dice en el lenguaje común, “entrenamiento”. Hay que establecer una distinción muy clara entre **educación** y **capacitación**. La **educación**, que es proceso formativo del intelecto y de la personalidad, sólo es posible en un ambiente de erudición, de investigación y de creación del conocimiento. La **capacitación** es adiestramiento, adquisición de habilidades especiales, es aprendizaje vocacional para el desempeño de un oficio. Por medio de la educación se forman *profesionales*, que son personas cultivadas, ciudadanos integrales. La *capacitación* aporta habilidades para el desempeño de *tareas y oficios* específicos.

Urge retener los valores esenciales preconizados por Abraham Flexner, creando un proceso en el cual el humanismo sea el producto de la educación médica y no simplemente una cualidad que se halle accidentalmente en algunos de los graduados (Kelly 1997; Patiño 1993b, 1998b).

Se propone una mayor *universalización de la educación médica* mediante la ampliación del conocimiento, con una base más extensa y profunda de humanidades, bioética y de las ciencias sociales relativas a economía, administración y gerencia, a través de un nuevo currículo, de gran flexibilidad, que represente una verdadera reforma de la facultad de medicina, y que permita al estudiante realizar la carrera en un tiempo más corto y en forma más acorde con sus intereses y capacidades. Finalmente, se hace énfasis en la responsabilidad social de la facultad de medicina en términos de su capacidad y obligación de rendir cuentas ante la sociedad.

El surgimiento de una “tercera cultura”, entendida como la adquisición de conocimientos por la población general, es en gran parte el resultado de la revolución y el avance de las tecnologías de la comunicación y la información (Alonso 1996), lo cual permite hoy una difusión más formal del conocimiento y la educación a distancia, la tele-educación.

Con todas sus ventajas y su creciente inserción social, la informática, utilizada para tele-educación (o educación a distancia, lo que algunos llaman la “universidad virtual”) no suplanta a los grandes centros de erudición, ni a las universidades como instituciones creadoras de conocimiento y formadoras de personas cultivadas, ni a los docentes íntegros con su ejemplo de vida.

La “universidad virtual” no es una universidad. Es un instrumento, el de la “educación a distancia”, para transmitir conocimiento. El estudiante virtual, o sea el que no tiene presencia física y espiritual en ese medio académico y de investigación científica que debe ser un centro de investigación y de erudición.

La masificación de la educación y la “desregulación” que estableció la Ley 30 de diciembre 28 de 1992, añaden razones de preocupación por la calidad de la educación médica. A las reconocidas deficiencias con que llega el estudiante que accede a la educación superior y, específicamente, a la educación médica, se suma el que hoy el estudiante mira la educación como un producto que debe adquirir a un elevado costo, pero al cual tiene un derecho innato. El estudiante desarrolla una actitud de consumidor y busca tal producto no tanto como oportunidad de erudición y superación intelectual, sino como el medio para mejores oportunidades de empleo y ascenso social.

En Colombia el número de facultades de medicina es excesivo y, en general, de baja calidad, y ahora el número de aspirantes a la carrera disminuye, lo cual se traduce en admisión indiscriminada. En el pasado ingresar a la carrera médica era difícil y sólo los mejores estudiantes lo lograban; ahora muchas de las nuevas facultades de medicina son de puertas abiertas. La Academia Nacional de Medicina apoya y aplaude la importante labor que desarrollan el Ministerio de Educación y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en pro de la superación de los planes de estudio y el mantenimiento de la excelencia académica, y ha colaborado activamente con el Consejo Nacional de Acreditación en el importante proceso de evaluación y acreditación de las facultades de medicina de Colombia.

La Comisión de Educación de la Academia adelanta un trabajo sistemático de estudio del impacto de la Ley 30 de 1992 sobre la educación superior y la educación médica en particular.

Falla muy grave del SGSSS es su visión de túnel, su preocupación exclusiva por la contención de costos y las máximas ganancias. Aun para los más caracterizados exegetas del sistema, para quienes creen que las fuerzas del mercado resolverán los problemas de la atención de la salud, a la cual consideran un producto comercial dentro de su conceptualización de la salud como una industria, no ha sido motivo de preocupación la calidad del mismo. Calidad en medicina y en atención de la salud es una condición que sólo se garantiza con profesionalismo, con idoneidad. Y éstos a su vez dependen del capital intelectual de la medicina, de la solidez del conocimiento médico, que a su vez es producto de una educación médica de excelencia. Es lastimoso registrar el gran despilfarro de cuantiosos recursos en gastos y utilidades corporativas por parte de los intermediarios, públicos y privados, sin que ello cause mayor aspaviento, y al mismo tiempo comprobar que los hospitales carecen de bibliotecas y de los más mínimos recursos de documentación científica, que en su interior no se realiza investigación, que no hay recursos para capacitación ni para educación continuada.

En esta época de profundos cambios estructurales de la medicina, ocasionados principalmente por el poder de los grandes compradores de servicios, por el continuado avance de la tecnología, por las tenues diferencias entre salud y medicina y por la ética del control de la biología y la genética (Morrison & Smith 1994), corresponde a la Académica defender los valores fundamentales y el capital intelectual de la medicina, no con un criterio gremial, sino como una obligación moral y porque estos son los factores determinantes de la calidad de la atención.

Papel de la Academia Nacional de Medicina

La Academia Nacional de Medicina entiende plenamente su papel y reconoce la enorme responsabilidad que posee, y por ello convoca la colaboración de todos para enfrentar con energía una batalla que se perfila dura y revestida de injusticia, pero que, con el apoyo de la sociedad a la cual se debe, se habrá de librar con éxito.

Al tiempo que reconoce la necesidad de acelerar cambios que hagan más eficiente y adecuada la estructura de los servicios de salud frente a las realidades sociales y económicas, no puede aceptar el reemplazo de los valores profesionales por los valores del mercado ni la conversión de la atención de la salud en un negocio.

La Academia se compromete, porque tal es su mandato, a defender los valores de la medicina como profesión y como ciencia sobre una maltratada pero aun no extinta ética centrada en el paciente.

Referencias bibliográficas

1. Academia Nacional de Medicina. Leyuido: Reforma y crisis de la salud. Editado por J.F. Patiño y la Comisión de Salud. Academia Nacional de Medicina de Colombia, Santafé de Bogotá, febrero de 1999.
2. Alonso M. Revolución de la información y armonía mundial. *Innov Ciencia* (Bogotá) V(1): 132, 1996.
3. Attarian DE. Industrialized health care and midcareer crises. *The Pharos* 62:48, 1999.
4. Brenner MJ. The curative paradigm in medical education: striking a balance between caring and curing. *The Pharos* 62:4, 1999.

5. Bulger RJ (ed). In Search of the Modern Hipócrates. University of Iowa Press. Iowa City, 1987.
6. Bulger RJ. Technology, Bureacracy, and Healing in America. A Postmodern Paradigm. University of Iowa Press. Iowa City, 1988.
7. Crawshaw R, Rogers, DE, Pellegrino ED, et. Al. Policy Perspectives. Patient-Physician covenant. *JAMA* 273: 1553, 1995.
8. Esquerro R. El médico para el nuevo milenio. *Medicina* 20 No. 2 (49): 15, 1999.
9. Fine A. Peabody's dictum. *The Pharos* 62:10, 1999.
10. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four (1910). The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York, 1910.
11. Forero MT. Informe de Actividades 1997-1998 al Honorable Congreso de la República. Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, julio de 1998.
12. Gray GW. The advancing Front of Medicine. Whittlesey house (McGraw-Hill). New York, 1941.
13. Hastings Center. The Coals of Medicine. Setting New Priorities. Special Supplement. *Hastings Center Report*, November-December 1996.
14. Kaku M. Visions. Anchor Books. New York, 1998.
15. Kassierer JP. Doctor discontent (Editorial). *N Engl J Med* 339: 1543, 1998.
16. Kelly WN. Impending crisis. *Penn Medicine*, Fall 1997. P.8.
17. Londoño JL. Exposición ante la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. En: Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. Editado por JF Patiño Restrepo y la Comisión de Salud de la ANM. Santafé de Bogotá, 1999. P. 26-29.
18. Málaga H. Perspectivas de la epidemiología en la reforma de la seguridad social. Trabajo presentado en la IX Reunión de la Asociación Venezolana de Epidemiología. Maracay 21-23 de octubre de 1998 y en la 9ª. Jornada Colombiana de Epidemiología 9-13 de noviembre de 1998.
19. Málaga H. Equidad y oportunidad de vida. Presentado en la Sesión Ordinaria de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, 8 de abril de 1999.
20. Málaga H. Equidad en salud y oportunidad de vida. En: Bioética y Justicia Sanitaria. J. Escobar Triana (director), FA Garzón Díaz (editor). Ediciones El Bosque. Santafé de Bogotá, 1999.
21. Morrison I. Smith R. The future of medicine. *Brit Med. J.* 309:1009, 1994.
22. Ospina W. El balde de agua fría. *Cambio NO.* 286, diciembre de 1998, p. 36-37.
23. Patiño, J.F. El triunfo de la biología molecular y el auge de las ciencias biomédicas: Paradigma biológico y dilema social de la cirugía moderna. *Rev Col Cirugía* 4: 126, 1989.
24. Patiño, J.F. The Triumph of Molecular biology and the Rise of biomedical Science. *Biological Paradigm and Social Predicament of Modern Surgery World J Surg* 14: 559, 1990.
25. Patiño, J.F. Educación médica en el año 2000. *Trib Médica* 88:234-248, 1993a.
26. Patiño JF. Un currículo equilibrado. *Trib Médica* 88:27-279. 1993b.
27. Patiño JF: La profesión médica, la reforma de la salud y la seguridad social. Discurso de posesión del académico José Félix Patiño Restrepo como Presidente de la Academia Nacional de Medicina para el período 1998-2000. *Medicina* 20 (No. 1, mayo): 1, 1998a.
28. Patiño JF. Abraham Flexner y el Flexnerismo. Fundamento imperecedero de la educación médica moderna. *Medicina* 20 (No.2, noviembre):6, 1998b.
29. Patiño JF. La desprofesionalización de la medicina en Colombia. *Acta Méd. Colomb* 26:43-49, 2001a.
30. Patiño Restrepo JF. Genoma humano, bioética y clonación. *Innovación y Ciencia* (Edición especial) IX (3 y 4): 14-25. 2001b.
31. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA* 88:877, 1927.
32. policy Perspectives. For our patients, not for profits. A call to action. *JAMA* 278:1733, 1997.
33. Reinhardt UE. The new contract in social care. Palo alto Medical Foundation, *Foundation Report* Summer 1996: 15:8, 1996.
34. Sheldon GF. Managed care: What potential for export? *Bull Amer Coll Surg* 84 (11): 4, 1999.
35. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med* 340: 1131, 1999.
36. Thomas L. The Youngest Science. Notes of a Medicine Watcher. The Viking Press. New York, 1983.
37. Woolhandler S, Himmelstein DU. Extreme risk – The new corporate proposition for physicians. *N Engl J Med* 333:1706. 1995.
38. Wynia MK, Latham SR, Kao ACD. Medical professionalism in society. *N Engl J Med* 341:1611, 1999.

