
Ética y la reforma a la salud

LUIS F. GÓMEZ

Recientemente se realizó en Santafé de Bogotá el seminario "Ética y reforma a la salud" (sic), programado por el Ministerio de Salud para los días 23 y 24 de julio de 1998. En una carta de invitación al evento enviada a diferentes asociaciones médicas, la entonces ministra planteaba el debate como si se tratara de un "conflicto entre el bien común y el bien individual" el cual, según ella, "puede generar resistencia al cambio en diversos estamentos del sector". Es con este tipo de afirmaciones sesgadas y ligeras como se ha querido descalificar a los que de alguna manera hemos sido críticos de la Ley 100 de 1993. En una oportunidad anterior otro interlocutor, entonces Secretario Departamental de Salud, utilizó otra frase con el mismo fin: "ninguna persona inteligente puede estar en desacuerdo con la Ley 100". Se puede desprender de estas dos dudosas concepciones, que quienes no estamos de acuerdo con la Ley 100 somos egoístas y brutos; yo personalmente no comparto estos criterios y quisiera expresar los argumentos para ello. El debate en el sentido planteado por la Ministra pudiera ser cierto si la reforma cumpliera realmente con el anhelo de "darles salud" a todos los colombianos. Uno de los temas que allí se trató fue precisamente "El derecho a la salud"; cuánto me gustaría haber asistido y saber cuál fue la definición de salud que se utilizó para el de-

sarrollo del panel programado sobre este tema. Creo que éste es precisamente el meollo del asunto. Y más que intereses individuales, lo que está en juego con esta Ley, son la dignidad de los gremios médico, odontológico, de enfermeras, etc, e incluso la dignidad de los pacientes; y todo esto por un pretexto cual es el de "darle salud" a todo el pueblo colombiano; apreciación que explicaré a continuación.

Si la meta para alcanzar con la aplicación de esta Ley es LA SALUD para todos (salud sin comillas), debo ser muy reiterativo como ya lo he hecho en oportunidades anteriores, en que es muy importante saber con que definición de salud se va a trabajar. La OMS, hace 50 años, definió salud como "Un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad". Esta definición sigue siendo vigente para la OMS en los documentos sobre la loable meta de "salud para todos". Obviamente han aparecido propuestas más modernas y exigentes como la de la ALAPE (Asociación Latino Americana de Pediatría) en el año 1994: "Es el estado de bienestar psicológico y social, en armo-

DOCTOR LUIS FERNANDO GÓMEZ URIBE, Profesor Titular de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

nía con el medio ambiente y dentro del marco de los derechos humanos y la justicia social". Freud definió salud como "la capacidad de amar y trabajar" y para Lerich, salud "es el trabajo en silencio de los órganos". Podríamos citar muchas otras definiciones de salud, pero no se trata de buscar una nueva definición, que se acomode única y exclusivamente a los intereses políticos de esta Ley. Es muy importante para esclarecer algunos puntos, tener en cuenta que el término enfermedad no es antitético del término salud; cada uno de ellos encierra un concepto positivo. Y así como no podemos definir la enfermedad simplemente como la ausencia de salud (sino por la presencia de una imperfección), la OMS también nos recalca en su definición, **que salud "... no es solamente la ausencia de enfermedad"**.

Y si se analiza el accionar de esta Ley, se puede deducir fácilmente que está dirigido casi que de manera exclusiva a luchar contra la enfermedad, muy a pesar de que la OMS nos insiste en que salud no es solamente la ausencia de enfermedad; por ninguna parte se ven actividades dirigidas a buscar para todo el pueblo colombiano aquel bienestar tripartito —físico, mental, y social—, base fundamental de la salud. Es que para obtener esa meta de "salud para todos", es muy importante tener en cuenta los conceptos de Virchow cuando dice: "Para dar salud, el problema no radica en la construcción de más hospitales o clínicas, sino en unos profundos cambios económicos, políticos, laborales y sociales". Es que la búsqueda de la salud no se debe hacer únicamente dentro de las 4 paredes de los hospitales, clínicas o consultorios. Y a pesar de que nosotros hemos sido trabajadores de la enfermedad —realmente atendemos enfermos, tratamos de curar las enfermedades que los acosan— se nos ha tratado a toda costa, por medio de esta Ley, como si fuéramos los únicos responsables de la cacareada "salud del pueblo colombiano". Todo esto porque, equivocadamente, se nos ha llamado "trabajadores de la salud". Yo creo que

trabajadores de la salud pueden ser un arquitecto o un albañil o un ingeniero cuando están construyendo viviendas dignas como las que se dice en la constitución nacional que todo colombiano tiene derecho a tener; o un ingeniero cuando diseña y construye carreteras, acueductos, alcantarillados o rellenos sanitarios para una buena disposición de los desechos y basuras. O un rico ganadero, un agrónomo o un humilde agricultor que trabaja en su minifundio, cuando produce alimentos y los pone al alcance del pueblo colombiano; o un comunicador social cuando realiza campañas tendientes a modificar estilos de vida nocivos para la salud; o un terrateniente cuando da empleos con salarios dignos y pone a producir una parte de sus grandes e infelices tierras. Por todo esto Eneko Landaburu decía: "La nutrición, la vivienda, la canalización de las aguas, la limpieza y el saber influyen muchísimo más en la salud que los medicamentos". Y pensar que nosotros trabajamos precisamente con medicamentos. Hasta los políticos son trabajadores de la salud; recordemos otra vez a Virchow cuando dice: "La medicina es una ciencia social y la política es una medicina en gran escala". El verdadero problema de SALUD de nuestro pueblo es precisamente que los políticos nuestros no han sabido cumplir con su misión.

Y definitivamente la salud lograda por nuestro accionar —recuperada a través de la curación de los enfermos— es una salud que resulta muy costosa y con mucha frecuencia con unos resultados muy efímeros. Y es importante tener en cuenta que una de las aparentes justificaciones de la Ley 100 es la de darles "salud subsidiada" a los más pobres, seleccionados mediante la "sisbenización" como se dice ahora. Sin embargo, a pesar de que lleva ya unos años de funcionamiento, las cosas no han mejorado para esta gran franja de la población. El 19 de julio de 1998, por ejemplo, aparece en El Colombiano un reportaje sobre el estado nutricional de los niños de Medellín; se señala en él que las condiciones hoy son peores que en años pasados:

“Mientras que en 1982 los datos hablan del 31% de la población infantil con algún grado de desnutrición, ésta representaba en 1996 el 38,7% y en 1997 alcanzó el 44,6%”. ¿Se podría esperar cosa distinta? Por supuesto que no. Y hace aproximadamente 1 año (2 de julio de 1997) en una crónica de El Colombiano se nos informaba que “la mayoría de los 20.000 habitantes de El Pinal, nororiente de Medellín, tiene que escarbar en las basuras de la Plaza Minorista para poder sobrevivir”; es muy posible que estas 20.000 personas tengan ya derecho a la atención médica que han llamado “salud subsidiada” pero, realmente ¿se les está dando **salud**? ¿se les estará mejorando su calidad de vida?. Y ejemplos como éstos abundan.

Es que **la atención médica no es ni la única solución** ni la más importante para dar una verdadera salud. Y así se les dé esta famosa “salud subsidiada” a los más pobres, sus condiciones nutricionales, sus condiciones de salud y su calidad de vida no cambiarán. La explicación de todas estas contradicciones es muy sencilla: **se está confundiendo dar salud con dar atención médica**. De allí mi insistencia inicial en una definición muy clara sobre lo que es DAR SALUD. La Ley 100 entonces puede que logre dar atención médica —¿de qué calidad?— a todos los colombianos (?) pero nunca logrará darles salud. Y no se puede desconocer que sería un logro muy importante, pero en ese mismo orden de ideas, ¡qué tan deseable e importante fuera que mediante la respectiva intervención por el Estado de otras profesiones y actividades, todos los colombianos tuvieran vivienda propia, acueducto y alcantarillado, nutrición adecuada, educación, empleo, acceso a las oportunidades, etc! Con seguridad si estas otras cosas se dieran, no se necesitaría tanta **atención médica** pues se estaría dando **salud**. Es que es imposible entender aquéllo que decía el Presidente Samper de manera populista después de ir a “buscar salud” a Canadá (¡qué cinismo!), refiriéndose a la cobertura lograda hasta entonces por la “salud subsidiada” para los pobres:

“ahora, siete millones de **pobres** con un carnet en la mano podrán exigir la **salud** que antes no tenían” (alocución televisada del 26 de enero de 1998, tres días después de su regreso de dicho viaje). No se puede entender ni aceptar así de fácil la concomitancia de pobreza y salud. Para redondear un poco la idea, recordemos que no en vano **la OMS en 1995 en su informe sobre la salud en el mundo, señaló precisamente a la pobreza como “la enfermedad más mortífera del mundo”**.

Por esto digo que es muy difícil entender y aceptar aquéllo de dar salud en medio de la pobreza. Y mientras se dice que la cobertura de **atención médica para los pobres** —para los intereses de la Ley 100 es lo que se ha llamado “salud subsidiada”— ha aumentado con el accionar de esta Ley (afirmación que además es bastante discutible), la pobreza —léase la enfermedad más mortífera del mundo— se ha incrementado en ese mismo período para llegar a cifras de 53% de colombianos que sufren todas sus graves consecuencias: desempleo, hacinamiento, hambre, miseria, desesperanza, discriminación, desdichas, sacrificios, marginamiento, exclusión, incertidumbres, desespero, “ilegalidad” (como la de los vendedores ambulantes que mientras buscan honradamente un sustento elemental para sus familias, tienen que esquivar el accionar de otra ley que obliga a proteger no a los pobres sino los espacios públicos), suciedad, analfabetismo y, por supuesto, enfermedades y violencia. Ninguno de estos acompañantes de la pobreza es sinónimo de salud; recuerdo entonces a Vélez LA quien, hablando de economía y ética en la prestación de los servicios de salud, dice: “En el fondo surge la contradicción entre gastar millones para tecnologías que salvan vidas de personas que por otro lado dejamos que sigan viviendo en niveles de miseria”. ¿Será ésta una demostración de “relativismo” en la aplicación de la ética?

Con sobrada razón señala Ernst Grunberg: “Hay una pauta por la que la enfermedad está en función contraria al ingreso familiar, mientras que la aten-

ción médica recibida está en función directa del ingreso familiar". Y Szaz comentaba a Grunberg: "En palabras llanas esto significa que la pobreza engendra enfermedad y la opulencia atención médica". Es que en cualquier país subdesarrollado como el nuestro las principales causas de enfermedad e incluso de mortalidad, están relacionadas con la pobreza. La Ley 100 será opulenta y en consecuencia dará atención médica y, mientras tanto, aquellos "beneficiarios de la salud subsidiada" seguirán soportando la enfermedad más mortífera del mundo, generadora a la vez de otras muchas mortales enfermedades y de gravísimos conflictos sociales que cobran muchas vidas. Y vale la pena recalcar aquí que la Ley 100 será opulenta para el logro de sus metas de prestar atención médica, muy a pesar del incumplimiento del Estado en sus aportes al Fondo de Solidaridad y Garantías (en los primeros 2 años de funcionamiento dejó de aportar más de 200.000 millones de pesos y ya reformó la Ley para rebajar sus aportes obligatorios), lo cual se convierte por demás en un pésimo ejemplo en cuanto a su comportamiento en favor de los más desprotegidos. ¿Será que el Estado no tiene obligaciones con el bien común, como nos lo señalaba a nosotros la Ministra en su carta? ¿Será que la solidaridad que se invoca como uno de los pilares de la Ley 100, y que es lo que significa FOSYGA —Fondo de Solidaridad y Garantías— no le obliga al Estado? Pero esto no es nuevo; el interés del Estado por la atención médica —y ni se diga por la SALUD— de los más pobres ya se ha demostrado a través de muchos años, y es con seguridad uno de los orígenes de la Ley 100: quitarse una obligación económica de encima en cuanto a los aportes del Estado para este rubro. La Ley 100 está fundamentada más en lo económico —la eficiencia es uno de sus pilares— que en el hombre como un todo; dicho en otras palabras, el eje o centro de la Ley es el aspecto económico, no el humano, y en consecuencia no se podían esperar otras cosas. Y el incumplimiento del Estado con los aportes al Instituto de los Seguros Sociales a través de toda su exis-

tencia, hace parte de la muy triste historia patria colombiana.

Si profundizamos un poco en la definición de salud de la OMS, tenemos que aceptar que dar salud es dar calidad de vida. No en balde el artículo 1 del capítulo I de la Ley 100 reza al pie de la letra: **"El sistema de seguridad social tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afectan"**. Sin embargo, en el accionar de la Ley pareciera que la única contingencia que afecta la calidad de vida es la enfermedad, cuando con mucha frecuencia la enfermedad no es otra cosa que el resultado de aquellas contingencias que afectan la calidad de vida. Mencionaré algunos aspectos que mejoran la calidad de vida y que con seguridad dan una SALUD más eficaz y hasta más eficiente que la atención médica: Empleo (salud es la capacidad de amar y trabajar), salarios dignos, educación, recreación, disponibilidad de acueductos y alcantarillados, nutrición, vivienda digna, una más equitativa distribución de los ingresos, garantía en la realización de las potencialidades de cada persona, acceso a las oportunidades, reforma agraria (famosa en nuestro medio por vieja e ineficiente), adecuada aplicación de la justicia (más del 90% de impunidad), control a la corrupción, control al consumo de las bebidas alcohólicas y del cigarrillo (¿Será ético que la venta de estos venenos sea una fuente paradójica de financiación de hospitales y escuelas?), control al cumplimiento de las normas de tránsito (uno de los países con más heridos y muertos por accidentes de tránsito en Latinoamérica), control al uso de las armas de fuego (el país más violento del mundo) etc. Es que definitivamente el anhelo de una verdadera SALUD para todos, sólo resultará de un esfuerzo amplio y colectivo; la mayoría de estas cosas no dependen de nosotros, nuestro esfuerzo y sacrificio no serán suficientes.

Así como están planteadas las cosas en la Ley 100, la seguridad social, la salud y la calidad de vida de los **obreros de la enfermedad** —en eso nos convirtió esta Ley— se verán gravemente afectadas con el pretexto de dar salud y seguridad social a todo el pueblo colombiano. La búsqueda de un mejor futuro para nuestros compatriotas debe ser un esfuerzo de todos, no de un grupo en particular. Ingenieros en todas sus ramas, sociólogos, agrónomos, antropólogos, arquitectos, constructores, educadores, comerciantes, ganaderos, agricultores, periodistas, industriales, políticos etc., tienen no solamente grandes posibilidades, sino también grandes obligaciones en la búsqueda de este destino añorado por una gran mayoría de colombianos, que con el solo esfuerzo de los obreros de la enfermedad no se podrá alcanzar. Creo que todas las profesiones y actividades tienen responsabilidades éticas con sus semejantes. Si se buscara una verdadera salud en su concepto integral, y no la solución a una "carga económica" que debe tener el Estado en la prestación de la atención médica de los pobres, casi todas las demás profesiones y actividades debieran ser intervenidas por esta Ley.

Unas pocas palabras para referirme a lo que sería seguridad social, pues se podrá argumentar que esta Ley lo es de seguridad social y no de salud. La OIT define seguridad social como "El conjunto de medidas trazadas por la sociedad y el estado, para garantizar a todos los habitantes de un país los cuidados médicos **y asegurarles los medios de vida en caso de pérdida o de reducción importante de sus medios de existencia, causadas por circunstancias no dependientes de su voluntad**". El Doctor Oscar Blanco Rivera, experto en la materia en nuestro medio, la define como "Una respuesta a los estados de necesidad de las personas, **derivados de la pérdida de la capacidad de trabajo, a raíz de la vejez o la enfermedad y al estado de indefensión en que queda la familia, en los casos de incapacidad y muerte del trabajador**". En un sentido más amplio, nos dice el mis-

mo autor "seguridad social es el derecho que tienen las personas para protegerse de toda clase de riesgos. Y **que atentan contra su seguridad física o industrial, contra su salud, recreación, vivienda, empleo, vejez, invalidez o muerte**". Y la Ley 100, en su preámbulo, la define como "el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una **calidad de vida**, mediante el cumplimiento de planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar a todos los habitantes del territorio nacional la cobertura integral de las contingencias que especialmente menoscaban o afectan la salud **y la capacidad económica de las personas**. Como se puede ver, en estas definiciones la seguridad social **está condicionada** a la existencia de unas circunstancias especiales; y está diseñada para proteger al individuo que lo amerita, no solamente en el aspecto de cuidados médicos, sino de muchos otros que en última instancia constituyen aquellos medios de vida —vida con calidad— o relacionados con su capacidad económica. Y hay que ser insistentes en que con mucha frecuencia la enfermedad no es la que menoscaba la salud, sino que es precisamente una resultante de "aquellas contingencias que especialmente menoscaban la salud".

La Ley 100 ha tenido en nuestro medio grandes oportunidades para demostrar sus bondades en cuanto a dar seguridad social. Una de ellas corresponde a la situación cotidiana de los desplazados: se encuentran en unas condiciones caracterizadas por una reducción importante de sus medios de existencia y de su capacidad económica, por causas ajenas a su voluntad y sus nuevas circunstancias de vida están rodeadas de riesgos que atentan contra su seguridad física, contra su salud, recreación, vivienda, y empleo. Y todas estas condiciones adversas son compartidas por sus familiares. Sin embargo, a pesar de cumplir con esos condicionamientos expresados en las definiciones antes mencionadas, los hechos nos muestran datos muy desalentadores: "La desesperanza de los

desplazados creció de manera proporcional a la ineficiencia del Estado para atenderlos" (El Colombiano, 31 de diciembre de 1997); Según Amnistía Internacional, "sólo algo más del 1% de los desplazados ha recibido alguna ayuda". A tal punto ha llegado el desespero de estas personas, que recientemente pudimos enterarnos por la prensa cómo un grupo de ellos optó por suturarse los labios y amenazaron con crucificarse, de continuar la indolencia del Estado para con ellos. Con toda seguridad les han brindado atención médica pero salud y seguridad social por ninguna parte han recibido. Y, mientras tanto, esa misma Ley de seguridad social que no funciona para quienes realmente la necesitan porque no tienen sino desesperanza, les ofrece a personas pudientes la posibilidad de esquivar unos honorarios profesionales justos y dignos, correspondientes a una oportuna y dedicada atención que les mitiga las dolencias y los inconvenientes derivados de su enfermedad, cuando asisten a una consulta médica u odontológica.

A pesar de que la relación médico-paciente se debiera dar de una manera muy armoniosa e íntegra, basada en una mutua confianza y estar libre de la intromisión de terceros, como lo dice la Ley de ética médica de nuestro país —máxime cuando en éstos pueden existir intereses económicos—, la Ley 100 nos puso a trabajar obligadamente a través de un intermediario, pretendiendo con el tiempo acabar con el ejercicio liberal de la profesión. En esta forma, la que debiera ser la más liberal de las profesiones, pues esa relación médico-paciente idealmente debe estar ajena a cualquier intermediación, está condenada por acción de esta Ley a trabajar siempre bajo la acción de un tercero. Y ya hemos podido ver cuál ha sido el trato que se nos está dando por parte de ellos. Y no importarán entonces la experiencia, la responsabilidad, el tiempo de estudio, la dedicación, la entrega, los diferentes costos de sostenimiento del consultorio según sus comodidades o ubicación: a todos se nos pagará igual por parte de estos intermediarios. No

habrá estímulos para un mejor ejercicio profesional. Las bajas tarifas y el trato que están imponiendo nada tienen que ver con los elementos mencionados; a todos se nos tratará igual. Y algunos médicos que no han querido claudicar ante las condiciones de esta Ley y han intentado continuar trabajando con independencia, han visto disminuir paulatina e inexorablemente su consulta, la cual era el fruto de ingentes esfuerzos y sacrificios de toda una vida profesional.

El Doctor Alfonso López dijo alguna vez: "Si en alguna ciencia nos hemos distinguido los colombianos en los últimos dos siglos, es en la medicina" (El Tiempo, agosto 10 de 1997); habría que añadir que esto se ha logrado la mayoría de las veces sin el apoyo del Estado. Y ese mismo Estado nos creó una "competencia desleal" (título del escrito del Doctor López) que está dando al traste con la independencia en el ejercicio de tan noble profesión. Creo que el Estado ha sido injusto con quienes atendemos los enfermos (los trabajadores de la enfermedad); y a pesar de que la Constitución Nacional en su artículo 13 —uno de los derechos fundamentales y de aplicación inmediata— garantiza "un trato igual y los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación a todos los colombianos, y el Estado debe promover las condiciones para que esta igualdad sea real y efectiva", los que atendemos enfermos hemos perdido por la Ley 100 la igualdad de derechos, libertades y oportunidades que tienen el resto de las profesiones y actividades en el país. La única igualdad nos la aplicarán los intermediarios, y ya hemos podido ver cómo. Y todo esto con el pretexto de dar salud y seguridad social. Muy a pesar de que casi todas las actividades y profesiones tienen que ver con el logro de la salud, ninguna otra distinta a las que atienden directamente a los enfermos, ha sido intervenida por el Estado de una manera tan denigrante y descarada.

Yo no estoy muy convencido entonces de que el conflicto sea tan sencillo como lo plantea la ex-

ministra —conflicto entre el bien individual y el bien común—; pienso más bien que realmente el problema de fondo en la “reforma de la salud” (sic) depende de algo más profundo: de un serio conflicto social que se pretende resolver con nuestro trabajo, pero que definitivamente nosotros no podemos resolver. Recordemos entonces a Ernst Jünger, muerto recientemente, quien nos decía: “La influencia cada vez mayor que el estado está empezando a ejercer en los servicios médicos, casi siempre con pretextos sociales, es algo que resulta sospechoso y que invita a la máxima cautela”. William Ospina en su ensayo “Dónde está la franja amarilla” resume magistralmente la calidad de vida de los colombianos en el momento actual: “Es un país donde los pobres se mueren de hambre, la clase media no puede comprar y los ricos no pueden vivir”. Cuando la patria está enferma, sus habitantes también tienen que estarlo. Ahora que se habla de la búsqueda de la paz, se están abriendo puertas que **mediante la participación de todos los estamentos** nos pueden cambiar favorablemente esa calidad de vida. El periodista Javier Darío Restrepo, participante del Encuentro de Maguncia, escribía recientemente sobre la búsqueda de la paz: “El otro gran obstáculo es el desconocimiento de las realidades”, y la Ley 100 parece desconocer las realidades. Y decía más adelante: “Aparecía claro que hay una sociedad que debe cambiar, por tanto era irreal querer aplazar, negar o extrañarse ante las propuestas de cambios profundos”; ¿acaso se refiere a aquellos cambios profundos —políticos, económicos, laborales y sociales— de que nos hablaba Virchow y de los que dependen realmente la

calidad de vida, la paz y por consiguiente la salud de la población? Pero nadie puede pensar que nosotros, con nuestro sólo accionar, seamos la panacea para tantos males como los que aquejan a nuestra dolida patria. Una vez encontrada aquella **ilusión** de todos, la tan anhelada paz (mediante el esfuerzo de todos y cada uno de los colombianos y mediante aquellos cambios políticos, económicos, laborales y sociales), encontraremos salud para nuestra patria y para todos sus habitantes. Mientras tanto, ¿tendremos que aceptar una Ley que de manera **falaz** dice dar salud? Recuerdo entonces a Ben Gurión cuando dice: “**El futuro se puede construir basado en ilusiones, pero no en falacias**”.

Estoy firmemente convencido de la necesidad de un sistema de seguridad social que cumpla cabalmente con sus **verdaderos objetivos** y sin agredir tan descarada y discriminadamente a los que son, tal vez, uno de los actores más importantes para el cumplimiento de **una parte de ellos**, y que sus logros no sean utilizados de manera populista; que la reforma necesita reformas parece ser más que evidente. Creo que en ningún momento el análisis que hago sea apasionado. Siendo un pediatra dedicado más a los aspectos clínicos y docentes que a los de la salud pública, quiero expresarles que lo único que me ha motivado a analizar este asunto es la dignidad de los pacientes y muy especialmente la de nuestro gremio, el cual definitivamente quedó injustamente por el suelo y en desigualdad de condiciones con relación a otras profesiones, por el diseño de esta Ley.