

Imprimir

La ejecución de la ley 100 de 1993 desencadenó una crisis continua en el sistema de salud colombiano, que se ha prolongado durante 30 años, pero también una transformación paradigmática que afectó la calidad de la atención y equidad del sistema. Dichos cambios no fueron detectables ni siquiera por quienes están inmersos en la rutina asistencial.

Como dice Adriana Mercedes Ardila en su tesis de doctorado de Salud Pública:

“durante la transformación neoliberal del trabajo médico el reloj ya no está solo en la muñeca del doctor, y cambia su sentido y su significado. Ahora está también - y principalmente - en la muñeca de su supervisor, y se transforma de organizador y de ayudante del acto médico a verdugo y mecanismo de control y autocontrol. Ese reloj ya no es solo el medio para cuantificar frecuencias cardíacas, respiratorias o microgotas suministradas por minuto, sino que ahora también es un poderoso medio para el control de la duración - y por tanto del contenido - de cada acto médico. Es un reloj de pulso, pero también de pared; está en un lugar - un consultorio o un pasillo - y a la vez está en todas partes - en los monitores de los equipos de cómputo y en el pensamiento de los trabajadores”.

Este cambio, por supuesto, impone restricciones en la autonomía médica, ya que la gestión del tiempo y la atención médica se rige más por consideraciones administrativas y de eficiencia que por las necesidades reales del paciente. La presión para cumplir con plazos preestablecidos y criterios de productividad pueden llevar a decisiones médicas apresuradas o a la omisión de aspectos importantes en la atención al paciente.

Se suman otros factores. Ardila también sostiene que “en el contexto de nuestro modelo de salud, se enfatiza el papel de los tecnócratas, una generación de intelectuales vinculados al capital, en las dinámicas de aumento de la rentabilidad. Esta autoproclamada “élite”, compuesta por médicos, economistas y abogados, impulsa activamente el modelo neoliberal

mediante la creación de estrategias de gestión y control. Estos actores son responsables de la expropiación de la autonomía médica, limitando el ejercicio profesional y transformando el intelecto médico en un espacio inmaterial de producción de lucro” (1)

Finalmente, el desmonte del empleo formal y el auge de formas flexibles y tercerizadas de vinculación laboral en salud se acoplan a “uno de los paradigmas vigentes en la gestión del personal en la economía en general y en el sector salud” (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS 2000, 37). “al ahorro en nómina se suma el rentable efecto de controlar el ritmo y el contenido del trabajo intelectual cuando esos trabajadores son subsumidos en la inestabilidad y precariedad de relaciones que le presionan a responder a las exigencias del mercado antes o a la par que a las necesidades de sus pacientes”.

Estas condiciones laborales y salariales son frecuentemente toleradas por los profesionales, especialmente cuando existe la oportunidad de incrementar sus ingresos a través de dos o tres empleos simultáneos. Sin embargo, dicha práctica conlleva con frecuencia una carga de trabajo que excede los límites establecidos por las normativas internacionales

El ejercicio médico ha perdido la perspectiva bioética e hipocrática de la autonomía, entendida como la capacidad de ejercer un juicio independiente en beneficio del paciente. Aunque lo social y lo sanitario son dos caras de la misma moneda, no se consideran objetivos sociales que vayan más allá de la sostenibilidad financiera. El enfoque es hacia una ética mercantil y los intereses del ser y hacer del médico se convirtieron en resultados adversos a las finanzas del sistema.

Pero no solo se vulnera la autonomía, se niega la participación simultánea de la autorregulación como componente intrínseco del ejercicio profesional. La iniciativa médica en la narrativa de este sistema es percibida como costosa y se obliga a los profesionales ceñirse a protocolos institucionales diseñados con la única finalidad de contener los costos.

La Reforma Estructural al Sistema de Salud reconoce la preservación de la calidad profesional como imperativa y propone hacerlo a través del fortalecimiento del profesionalismo. En este contexto, se aboga por revisar y redefinir nuestro propio ideario para construir la viabilidad del sistema de salud y asegurar su sostenibilidad a largo plazo.

Los valores que tenemos son los valores del profesionalismo como médicos que es el contrato de la medicina en la sociedad porque “La medicina es una empresa moral, intensamente moral. Esto significa que la ética y el profesionalismo constituyen el fundamento de su actividad, y que la medicina actúa en la sociedad como una comunidad moral” (2)

El concepto de profesionalismo incluye cuatro componentes fundamentales: 1) conocimiento especializado; 2) autonomía en la toma de decisiones; 3) compromiso de servicio a la sociedad; 4) autorregulación.

En el ámbito de la atención de la salud, la garantía de calidad solo se logra fortaleciendo el profesionalismo, ya que es este último el que posee la capacidad intrínseca para establecer estándares, fortalecer la educación y ejercer el control entre pares.

La Reforma al Sistema de Salud, propone una atención centrada en la persona, distanciándose del enfoque actual que gira en torno a objetivos de facturación. No se trata de una semántica geométrica, sino de principios y valores inherentes al profesionalismo. La esencia de las necesidades del paciente es simple: curación, o en su defecto, el mejor tratamiento posible para garantizar una calidad de vida adecuada. Este enfoque considera tratar al paciente con respeto, teniendo en cuenta su dimensión como individuo, lo cual contribuye a su curación. Además, se reconocen otros intereses, como la rapidez, la proximidad al hogar y la consistencia en la atención. A pesar de la complejidad normativa, la ética es una actitud innata y no admite regulaciones; o se posee o no se posee.

“El profesionalismo médico es más que una actividad incrustada en el concierto de las

actividades humanas; es más que una manera de aplicar los resultados del progreso tecnológico y científico para beneficio de la sociedad; es más que una acción orientada a la distribución equitativa de un bien: el cuidado de la salud. El profesionalismo médico es una fuerza estructuralmente estabilizadora y moralmente protectora de la sociedad, es uno de los pilares que asegura su estabilidad (Wynia et al., 1999).

¿Cuál es el marco de valores de la profesión? La carencia de un sistema de salud universal, con “falsa” cobertura nos ha llevado a una fragmentación social, que representa un sufrimiento para aquellos que no pueden encontrar solución a su problema de atención.

En el año 2007, la defensoría del pueblo hizo un estudio sobre la autonomía médica en Colombia, investigando por regiones con encuestas para ver esta realidad detallando el tiempo utilizado en la consulta médica: 1. Anamnesis: es el conjunto de datos clínicos, la historia del paciente. con un promedio de 3.85 minutos, 2. Examen médico: acto interpersonal del médico y el paciente, comprende examen físico, la observación y análisis clínico. aproximadamente 4.43 minutos. 3. Registro en el sistema o escrito en historia clínica: 3.35 minutos. 4. Información al paciente: 3.29 minutos 5. Formulación al paciente: 3.03 minutos. (Defensoría del Pueblo, 2007)

Cuando se plantea que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) también posean sus Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), ¿cómo se puede hablar de autonomía médica en un contexto de monopolio? La normativa misma ha establecido una estructura legal que respalda estas empresas, creando un entramado normativo que las ampara.

Afirmaba el maestro José Félix Patiño “El conocimiento médico representa el capital intelectual de la medicina, el cual se debe preservar”. La reforma al sistema de salud incluye mecanismos para su incremento mediante programas de capacitación, educación continuada e investigación. Reconoce la obligación del médico de actualizar de manera continua su capital intelectual para alcanzar la idoneidad profesional

“El segundo componente, la autonomía en la toma de decisiones, diferencia a una profesión

de un oficio. En el caso de la profesión médica no puede ser abolida por decisiones burocráticas provenientes de empresas intermediarias, cuyo objetivo principal es la contención de costos. Pero el profesionalismo médico implica que los profesionales sean conscientes de la disponibilidad de recursos y tengan la capacidad de negociar las prioridades sociales a fin de lograr un equilibrio entre los valores de la medicina y otros valores de la sociedad (Wynia et al., 1999)

El tercer componente del profesionalismo es el compromiso de servicio social un contexto ético, moral y deontológico que se inicia con la relación médico-paciente, donde el médico es el agente depositario de la confianza que en él o ella deposita, la honestidad con el paciente, la calidad de la atención, la distribución justa de recursos finitos, etc. Esta relación es fundamental, constituye la esencia del contrato social de la medicina, y se extiende no sólo al individuo sino a la comunidad.

Durante 30 años se omitió el deber moral esencial como rol fundamental, de oponerse a políticas o actividades corporativas que menoscabaran los valores fundamentales de la atención médica y que diferencian a los verdaderos profesionales pues el compromiso se establece con la ciudadanía, entendiendo hoy la atención de la salud y la protección de la salud como un derecho humano universal, fundamental y un elemento de justicia social, reconocido en la propuesta de reforma a la salud que busca reglamentar la ley estatutaria 1751 del 2015.

La relación médico-paciente inherente a nuestra profesión médica, sigue desarrollándose de manera cotidiana con gran naturalidad. Sin embargo, esta cotidianidad a menudo nos impide reflexionar sobre la esencia de esta relación. ¿Ha cambiado? ¿Las reglas subyacentes son inmutables? ¿Realmente se ejerce el acto médico con profesionalismo? La sociedad ha experimentado transformaciones significativas en este tiempo, lo que dificulta la comprensión de los valores actuales y la percepción de las reglas de juego ya no son las mismas. Las transformaciones, impulsadas por factores sociales, políticos, avances científicos han generado nuevas expectativas también para los profesionales de la salud.

Se menciona el derecho del paciente a elegir al médico, pero las citas son limitadas y con largos tiempos de espera. Los profesionales son contratados de manera temporal, lo que dificulta la elección del médico tratante y la continuidad en la atención.

La propuesta es construir un modelo centrado en la persona y el desarrollo de estrategias de re- aprendizaje a través de juntas médicas que permiten a los profesionales ser más reflexivos y más autónomos en su propio ejercicio convirtiéndolos ahora sí, en los protagonistas de dicho proceso. Se trata, en definitiva, de dar los elementos necesarios para que puedan autogestionar un proceso de evaluación permanente a lo largo de toda su vida profesional, una cuestión crucial en un contexto de evolución constante de los conocimientos. El *feedback* es el retorno de información sobre su proceso de aprendizaje de acuerdo con unos objetivos preestablecidos. El *feedback* presenta información y no juicio, a diferencia de la evaluación, en consecuencia, siempre es formativo. El *feedback* no es un fin en sí mismo sino un instrumento.

Considerar que los comités de autorregulación y las juntas médicas, propuestas en el Proyecto de Reforma del Sistema de Salud en su Título XI, representan una vulneración a la autonomía profesional es negar la necesidad de retroalimentación y fortalecimiento profesional. Estos comités y juntas constituyen prácticas relevantes para discusiones técnico-científicas que surgen en la práctica diaria, contribuyendo a la expansión del conocimiento y la mejora de la eficiencia y calidad.

¿Qué intereses se mueven detrás de aseveraciones cuestionables acerca de La Reforma Al Sistema de Salud, proveniente de profesionales que, en su quehacer diario, están plenamente familiarizados con las deficiencias existentes en el actual sistema de salud?

(1) Ardila Sierra, A. M. (2016). Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Desafíos y transformaciones en el Sistema de Salud Colombiano:
Impacto en la Autonomía Profesional Médica

(2) Patiño Restrepo, J. F. (2004). El profesionalismo médico. Revista Colombiana de Cirugía, 19 (3).

Ana María Soleibe Mejía, Presidenta, Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: RT