

Imprimir

*“Es así como vimos convertida la forma de concebir la salud; la fuerza de trabajo médica o los servicios médicos como mercancías, el proceso de trabajo médico como un proceso de producción de valor o la atención médica como un campo de generación de plusvalía son síntomas lingüísticos del levantamiento político al veto moral y ético que otrora existiera frente a una eventual incorporación de dinámicas de mercado al campo de la salud humana. Un levantamiento que deploramos; infinidad de giros ideológicos, políticos y lingüísticos que rechazamos, pero que debemos develar, comprender y explicar para transformar”.*

Adriana Mercedes Ardila. Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

En estos tiempos de resultados medibles y verificables, en el trabajo del médico han perdido valor los temas éticos, el libre albedrío, el empirismo, el respeto por la preservación de la vida, el sacrificio abnegado hacia sus pacientes, y las ideas que pueda tener sobre la realidad que lo rodea[1]. Todo ello absorbido y legitimado en la práctica por la mayor parte de oficinantes del gremio, sin ningún asomo de espíritu crítico y pisoteando su juramento misional vocacional.

A lo largo de la historia, la medicina ha sufrido una evolución en su pensamiento y sus enunciados, que la ha llevado hacia una aceptación irrefutable de su visión científica de la salud, de la enfermedad y del enfermo. Esta evolución, que ha transcurrido a través de muchos siglos, ha constituido un lento devenir enlazado a las ideas abstractas de la filosofía en diversas etapas de la historia. Contrario al pasado, los grandes avances científicos, deberían conectarse con la filosofía para decidir hechos específicos, que deben ser interpretados en cuanto a su valor ético, valorativo, y su acción acertada.

Hoy los principios fundamentales de la medicina, asociados a la protección integral de la vida humana, se diluyen en los conceptos neoliberales del economista Milton Friedman, quien proclamó que para que una nación progrese se debe dar libertad total al capital privado y reducir el Estado a su mínima expresión. Este pensamiento, vigente en la política de nuestro

país, terminó impactando el actual modelo de atención en salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, creado por la Ley 100 de 1993, se justificó con el propósito de mejorar la cobertura, el acceso, la calidad, eficiencia, la equidad y la sostenibilidad financiera, ésta última muy repetida diariamente en los medios de comunicación como argumento en defensa de los intermediarios del recurso público.

Esta ley, de carácter netamente neoliberal, entregó los recursos públicos de la salud a Empresas Promotoras de Salud (EPS) públicas y privadas, intermediarias que reciben una suma de dinero por cada afiliado, y la responsabilidad de prestar un plan obligatorio de salud. También cambió el enfoque de la oferta por la demanda, la competencia entre las EPS y las entidades que prestan los servicios, entregó la gobernanza y convirtió la salud en un negocio, promoviendo un nivel de utilitarismo que distorsionó los principios teóricos contemplados en su encabezado, generando dilemas éticos para los médicos y una enorme restricción de su autonomía profesional.

El trabajo médico ha sido definido como aquella actividad humana que se ocupa de los asuntos propios de la medicina moderna o biomedicina (Kleinman 1995). Sin embargo, en los estudios médicos, sociológicos y antropológicos ha sido poco común referirse a la medicina como trabajo, es decir, como actividad que no solo tiene propósitos relativos a la salud humana, sino que también contribuye a la supervivencia económica de quienes la practican (Vasco 1986 [1974]). Es necesario precisar que esa noción de trabajo como la actividad que genera plusvalor, llamado clásicamente trabajo productivo, es el abre bocas teórico para poder hablar de trabajo explotado (Harvey 1990).

Los médicos diagnostican, tratan y ayudan a prevenir dolencias. Su relación con los pacientes es muy importante, puesto que les proporcionan información, apoyo y consuelo, además de tratamiento. Tener EPS cuya única responsabilidad, muy lejana a la social, es usar los recursos para servir a los accionistas con la finalidad de aumentar el lucro, trajo como resultado la más grande crisis del sistema de salud en la historia de Colombia y produjo una transformación del pensamiento hacia el individualismo cada vez más acrecentado por una

fuerte tendencia consumista, despreocupación por asuntos sociales y conformismo político, como si se tratara de un programa civilizatorio que permea todos los actores, incluidos los médicos.

Como amplía la Dra. Ardila: *“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 cardiacas, 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”*[2]

La ética hipocrática se convirtió en ética corporativa. Bajo el mandato hipocrático, lo más importante es el paciente, pero las EPS, tienen otras prioridades: el número de clientes, el fortalecimiento económico, la estandarización (los médicos no tratamos enfermedades, tratamos pacientes), dando lugar a que el imperativo hipocrático sea reemplazado por el mandato burocrático.

El efecto más grave de esta transformación es el peso que en el discurso tienen palabras como productividad, sostenibilidad, costo-eficiencia, y en general el tema de los costos, que determinan la calidad del profesional como bueno o malo dentro de su empleo. La sobrecarga de los pacientes atendidos diarios, la limitación en la formulación, la orden de no remitir más del 10%, solicitar solo 10 RX por mes y no ordenar más del 30% del laboratorio, constituyen topes que de ser superados convierten al profesional en un médico que no es costo efectivo para la empresa.

Pero también pasa lo contrario en las empresas cuyos contratos hacen más conveniente consumir y facturar bastante. El hecho es que la disyuntiva entre solicitar o no apoyo

diagnóstico o valoraciones especializadas, que debería depender del análisis semiológico, de algoritmos, o de Guías de Práctica Clínica, ha pasado a depender también, y de manera dominante, de criterios de sostenibilidad financiera, de productividad y de rendimiento.

En el modelo de pluralismo estructurado sobre el que se construyó el sistema de salud vigente se reconocían las inconveniencias de la integración vertical (integrar funciones de prestación de servicios con funciones de financiación). Sin embargo, esa mixtura tomó grandes proporciones en la práctica y vimos proliferar numerosas IPS de propiedad de los aseguradores. El fenómeno penetró las subjetividades al punto que la integración vertical habla en los discursos cotidianos: los médicos, quienes saben que trabajan para IPS, pero también saben que las directrices que allí reciben están verticalmente integradas, lo cual se refleja cuando afirman que trabajan para EPS.

Las medidas adoptadas para controlar los excesos médicos inducen un reaprendizaje laboral de la medicina aprendida en la escuela y conducen a optar por acciones que no conviertan al paciente en gasto, que no lo conviertan en un débito a las rentas constituyendo interferencias al acto médico, con potencial dañino que reproduce el potencial nocivo que se pretendía evitar. En esta política neoliberal el sujeto enfermo se cosifica y se opera sobre él una despersonalización de carácter mercantil, para sostenerse en el mercado, así sea a costa de vidas humanas.

Por otra parte, el giro neoliberal de las políticas laborales colombianas se expresó en el trabajo médico en una rápida y drástica explosión de relaciones de empleo desreguladas y flexibles. Los contratos a destajo, por cooperativas de trabajo asociado, por prestación de servicios o incluso por falsos sindicatos creados por grupos médicos, fueron reemplazando la vinculación formal a las plantas institucionales; y se configuró una reducción del ingreso neto y por recortes en seguridad social, que hace que las y los médicos de hoy se sientan mal remunerados.

El surgimiento de las especialidades y súperespecialidades clínicas ha sido el resultado del crecimiento del conocimiento y del saber médico, pero también de una ampliada posibilidad

de mercado que mejora el panorama laboral, posibilidades de participación en la docencia universitaria, con lo cual un profesional incrementa su prestigio y sus ingresos económicos.

En tanto las EPS organizan los procesos de trabajo con enfoque rentista, tienen responsabilidad en el sufrimiento causado en el paciente, a quien no se le diagnosticó una enfermedad a tiempo, o falleció por evitar el acceso oportuno a las máximas posibilidades diagnósticas o terapéuticas: ¿Cuántas muertes han sido evitables y están relacionadas con las limitaciones del sistema? El panorama en Colombia se complica porque las instituciones hospitalarias que le han dado la mano a sus pacientes contrariando reglas de mercado, están muriendo ante la mirada templada e indiferente de aseguradores que continúan orgullosos luchando por la opulencia financiera de sus empresas, antes que por la salud humana.

Asistimos además, y por desgracia, a la deprimente realidad de médicos subyugados, explotados y pisoteados que no obstante, contribuyen activamente a la consolidación social, cultural y política del sistema que sin piedad alguna los ha anulado como profesionales y como ciudadanos.

El médico precarizado y el paciente mal tratado están siendo los productos principales del sistema vigente. La resistencia contra ambos desenlaces debe ser intencionalmente simultánea, pues un trabajador con buenas condiciones laborales significa un sistema de buena calidad de salud para los sujetos que atiende y para su propio y digno ejercicio profesional. La explotación laboral del trabajador de la salud y en particular del médico, con su pasividad e indolencia, es una condición perversa para la salud de la sociedad.

La reforma estructural al sistema de salud es una necesidad social, histórica, política, pues la biopolítica neoliberal como un mandato económico sobre la vida es también un mandato de destrucción de la vida para la creación, directa o indirecta, de valor. Términos como productividad, calidad y capacidad resolutive, no se compadecen de la realidad deshumanizada y deshumanizante del sistema de salud, padecido y acolitado durante 30 años.

¿Qué nos paso a los médicos en este sistema de salud?

---

[1] Algunas de las ideas presentadas fueron estimuladas por pensamientos de Jaime Gañan Echavarría en el libro “Los muertos de la ley 100”

[2] Adriana Mercedes Ardila. Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Ana María Soleibe

Foto tomada de: Pixabay – Geraldoswald62