

# La ética de las acciones reivindicativas del cuerpo médico

Dr. Alberto Barreto Vélez\*

\* Ortopedista. Miembro del Capítulo de Trauma. Exmagistrado del Tribunal de Ética Médica, Bogotá, Colombia.

Correspondencia:

Dr. Alberto Barreto Vélez

Carrera 16 n.º 82-95 (303), Bogotá, Colombia.

Tel. (571) 2187764

abarreto50@yahoo.com

¿Debe el médico intentar comprender y correlacionar los eventos sociales que en torno a la gestión de la salud se dan hoy en el ámbito iberoamericano? ¿Tienen algo en común las huelgas médicas que conmocionaron la sociedad en Perú y España en el 2012 con las huelgas de este mismo sector, con menor repercusión, en Uruguay, Bolivia, Panamá, Costa Rica y Chile, entre otros? ¿Tienen alguna relación con la “crisis de la salud” en nuestro país y con el llamado a modificar la Ley 100 del 93, así como con la búsqueda de unas condiciones dignas del ejercicio profesional?

En el presente artículo de opinión nos proponemos:

- a. Señalar las bases que generan las acciones del cuerpo médico,
- b. Indicar las causas de la crisis de la “profesión médica”,
- c. Mostrar la ética de “la acción médica” como grupo social y
- d. Exponer los caminos posibles dentro de la ética.

## La transformación del concepto de salud

La salud y la enfermedad, y por tanto la Medicina, son fenómenos de carácter histórico indisolublemente ligados a la capacidad del hombre para transformar los recursos de la naturaleza en bienes. A partir de los años 30 del siglo pasado se inicia un cambio profundo en el concepto de salud; el auge de la economía tras la segunda guerra mundial requiere de manera creciente mano de obra cada vez más calificada, y esto solo se da sobre la premisa de una mejora sustancial en la salud de la población. Pero la salud de la población no puede entenderse solo como un bien para la producción; es necesario entenderla en un contexto más amplio. Protegerla mediante seguros médicos es altamente rentable para la economía y para la sociedad porque el consumo en salud,

al igual que la industria de las armas, no tiene límites en su expansión. A la economía del ahorro impuesta durante las guerras mundiales le sigue la economía del consumo. Siguiendo las experiencias de Alemania y Suecia (ley de pensiones a jubilados) surgen y se expanden los sistemas de seguridad social. La demanda creciente de servicios de salud estimulará de manera directa la industria farmacéutica y todo lo relacionado con equipos médicos; la participación del sector salud en el producto interno bruto de las naciones irá creciendo de manera paulatina. Esta evolución de la economía de la salud no es ajena al curso y desarrollo de la democracia en las sociedades occidentales y a la progresiva instauración de los derechos económicos, políticos y sociales de los ciudadanos. Los seguros obligatorios de salud transformarán para siempre el concepto de salud y enfermedad y por ende a la profesión médica. En 1946 la Organización Mundial de la Salud marca un hito al definir salud como “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades”; esta eufórica definición se produce en una época de expansión económica de las sociedades democráticas, de los Estados que promulgan y propenden por el bienestar de sus ciudadanos, de las sociedades de consumo. Las políticas públicas de beneficios a la ciudadanía ligados a la expansión de los conceptos de derechos humanos significaron indiscutiblemente un paso adelante en la calidad de vida del hombre occidental en los últimos dos tercios del siglo XX. La crisis económica mundial de 1973, y posteriormente la de fines de los 90, mostró las limitaciones de la expansión ilimitada del concepto de economía del bienestar y puso sobre el tapete el debate sobre los modelos de salud en cuanto a su cantidad y calidad así como sobre el tipo de financiación pública/privada.

El modelo de salud que se desarrolló —especialmente en los llamados países en desarrollo— durante la segunda mitad del siglo XX privilegió el crecimiento del nivel terciario de atención, hospitalario, mientras el desarrollo proporcional de la atención primaria se vio menguado. Los altos costos en infraestructura tecnológica y operación de los hospitales especializados no guardan proporción con las inversiones en salud primaria. En una perspectiva de costo/beneficio y de rentabilidad social y económica se considera que un sistema de salud será más justo y efectivo en la medida en que dedica sus mayores recursos al nivel primario y menos justo cuando hipertrofia el nivel terciario.

### La crisis de la profesión médica

¿Profesión u oficio?

Desde los inicios de la cultura occidental la sociedad diferenció de manera clara las implicaciones que para ella representaba el rol de los oficios y las profesiones; hoy estos términos parecen confundirse y ello es así por la profunda transformación que unos y otros han tenido. Tradicionalmente, los oficios se consideraron actividades manuales, repetitivas, para las cuales no se requería de una formación teórica especial; bien por el contrario, las profesiones implican una formación académica de alto nivel que otorga un cuerpo organizado de conocimientos que posibilitan al profesional la prestación de un servicio de alto valor social. Desde el inicio de las escuelas catedráticas y posteriormente de las primeras universidades europeas se estableció la diferenciación entre las escuelas menores, dedicadas a la formación de las artes liberales, y las escuelas mayores, dedicadas a la formación de los profesionales (la teológica, el derecho —gobernantes— y la medicina). Quienes se dedican a estas actividades conservan el contenido fuerte —y religioso en sus orígenes— de vocación de servicio, de entrega y altruismo social. Al tener como objeto la vida (religiosa, la convivencia social —gobierno/justicia— y la salud) su comportamiento está necesariamente enmarcado en un estricto código ético. El juramento hipocrático se constituye en el paradigma del ejercicio ético de la profesión médica en tanto indica la permanente búsqueda de la excelencia: el médico deberá ser siempre y en toda ocasión un buen médico (*lex artis*), pero también un médico bueno (humano). Durante siglos la sociedad reconoció los valores implícitos en las profesiones fuertes y recompensó a sus miembros mediante un amplio reconocimiento social y jurídico. Esto explica la existencia de la impunidad jurídica de que gozaron estas profesiones hasta bien entrado el siglo XX.

Entendiendo la historia como un proceso evolutivo, irregular y contradictorio, se puede sugerir que a partir del final de la segunda guerra mundial y con el auge económico

de las sociedades occidentales tres factores determinarían profundos cambios en la medicina y en el ejercicio de la profesión médica: la transformación tecnológica, los derechos humanos y los nuevos modelos sanitarios.

#### *La transformación tecnológica*

El profundo y rápido desarrollo de las ciencias y la tecnología contribuyó decisivamente para que, por ejemplo, la población mundial casi se doblara en el último siglo. El ejercicio de la medicina se transformó radicalmente pasando a ser una actividad dominada por el hospital. La expansión del conocimiento generó las especialidades médicas y posteriormente las subespecialidades. La eficacia y prestigio de este tipo de medicina llevó a los Estados a privilegiar su desarrollo en detrimento de la atención primaria en salud. Estas transformaciones introdujeron nuevos retos éticos y morales en el ejercicio de la medicina. ¿Hasta dónde, en casos extremos, las posibilidades tecnológicas son aplicadas en beneficio del paciente? ¿Hasta dónde lo técnicamente posible es éticamente correcto? ¿Hasta dónde los principios deontológicos (cuidado de la vida) deben prevalecer sobre los principios teleológicos (calidad de la vida)?

La tecnología, como la ciencia, no tiene un carácter neutro ni en su desarrollo ni al momento de su aplicación. La labor de investigación y difusión del conocimiento realizada por médicos ha generado, y genera, un sinnúmero de conflictos éticos de diversa magnitud. El uso de la tecnología implica una relación entre la “industria” y el cuerpo médico no exenta de falta de rigor ético.

Los inmensos beneficios del desarrollo tecnológico han impactado otros aspectos en la práctica cotidiana del ejercicio médico; el carácter personal e íntimo de la relación médico-paciente se ve menguado en aras de la eficiencia técnica de un diagnóstico o procedimiento deteriorando la fluida comunicación sobre las inquietudes y angustias que el enfermo como persona plantea.

#### *Los derechos humanos*

Aunque el concepto de derechos humanos no es exclusivo de las sociedades occidentales, sí debe reconocérsele a ellas su materialización a través de los llamados Estados democráticos que tienen su origen en las revoluciones burguesas en Inglaterra, Estados Unidos y Francia (1879, Declaración de los derechos del hombre y el ciudadano). En términos generales, los derechos humanos hacen referencia a aquellos derechos que le competen al individuo, independientemente de su etnia, color, sexo, idioma o religión, por el solo hecho de ser un humano, y buscan realzar al individuo en su entorno social. A la Declaración Universal de los Derechos

Humanos por parte de la ONU en 1948 le han seguido una serie de pactos, declaraciones y protocolos que los profundizan y buscan materializarlos. La reivindicación del individuo y su autonomía tuvieron efectos prácticos en el ejercicio de la medicina. El médico poseedor del conocimiento, artífice del poder de curar, tuvo que bajar de su pedestal y conceder al enfermo el reconocimiento de ser una persona igual a él. El concepto de beneficencia, implícito en el juramento hipocrático, otorgaba al médico la potestad de decidir sobre la conducta médica a seguir, independientemente de la voluntad o deseo del enfermo a quien se consideraba un inválido carente del juicio necesario para tomar sus propias decisiones, siempre y cuando se mantuviera la fórmula de “favorecer, no perjudicar”. El médico, cual padre, sabía lo que es bueno o no para su hijo y ordenaba; este a su vez estaba en el deber de obedecer (“buen paciente”). El enfermo es ahora una persona a quien el médico debe informar las opciones diagnósticas y terapéuticas con sus pros y contras y será él de manera libre quien decida si acepta y toma o no la opción propuesta por el médico. Es el llamado consentimiento informado. El enfermo es ahora un ciudadano empoderado con capacidad de reclamar; el médico es ahora un ciudadano que como tal debe responder por sus actos, no solo ante su propia conciencia moral y la de sus pares sino ante los tribunales, lo cual representa un profundo cambio en su estatus profesional.

#### *Los nuevos modelos sanitarios*

El tercer elemento que transformará el ejercicio de la profesión médica lo constituye la creación de los “seguros” que cubrirán el desempleo, la vejez y la salud y que, dentro de un Estado más o menos benefactor, se convertirán en una demanda efectiva para la economía. Las sociedades vieron cómo la vieja, pobre y deteriorada estructura hospitalaria (usualmente de caridad) se convirtió en una moderna y eficiente red de hospitales y posteriormente de centros de especialidades médicas. La vida social se medicalizó: todo aquello que ofrezca salud es interpretado como bueno y correcto. A mayor cobertura médica mayor demanda de los diversos bienes necesarios para prestarla; la salud se convierte en un motor de la economía; la salud es una inversión, no un gasto.

La complejidad de la atención en salud determina que sus costos sean impagables para el ciudadano corriente siendo necesaria la cobertura colectiva mediante los sistemas de seguros médicos, bien privados o públicos. El sistema de seguros médicos trajo consigo una modificación sustancial en la forma en que los profesionales médicos se relacionan con el paciente. Los dos actores principales de la relación – médico y paciente– se vieron obligados a aceptar a un tercero: el pagador. El ejercicio médico como el de una profesión

liberal evolucionó para convertir al médico en un empleado o contratista del pagador. Así, hemos llegado a lo que es hoy la medicina: una gran empresa donde el médico es uno más de los actores del reparto, pero sujeto a las políticas y determinaciones del director empresarial. La eficiencia, la relación costo/beneficio, la contención de costos y la auditoría son ahora determinantes en la prestación del servicio médico, y los aseguradores –estatales o privados– tendrán siempre en el médico un eslabón débil en el freno de los crecientes costos que implica el sistema de salud.

#### **La acción reivindicativa del cuerpo médico**

Llegamos así al objetivo del presente escrito: dar una mirada a las acciones reivindicativas del cuerpo médico iberoamericano, inscribirlas en la crisis del sistema de salud en Colombia y valorar su validez desde una perspectiva bioética.

Dos movimientos reivindicativos del cuerpo médico en el 2012 e inicios del 2013 tuvieron resonancia internacional. En España, donde la huelga en el sector salud está permitida con restricciones, el movimiento se extendió por casi tres meses. La acción del cuerpo médico español agrupado en sindicatos contó con el apoyo parcial de las sociedades médicas y tuvo un propósito principal –enfrentar las políticas de privatización de los hospitales estatales– y otro secundario, de carácter laboral. El contexto en el que se da la huelga es el de una crisis general del sistema económico, donde las políticas del “Estado de bienestar” vienen siendo señaladas por las corrientes neoliberales como una de las causas de la crisis, abogando por su desmonte; sin embargo, los gobernantes mantienen las políticas de socialización de las pérdidas en los tiempos de vacas flacas y privatización de las utilidades en los momentos de vacas gordas. En América Latina se presentaron huelgas médicas en Uruguay, Panamá, Costa Rica, Venezuela, Chile y Perú, siendo esta última la más extendida y prolongada; los objetivos de estos movimientos fueron reivindicativos de las condiciones laborales del ejercicio médico así como por mejoras en las infraestructura institucional.

En Colombia la presión de la sociedad y de la comunidad internacional llevó a que mediante la Constitución del 91 se consagrara el “Estado social de derecho”; con ello se abrió el espacio necesario para que los ciudadanos pudieran reclamar la efectiva materialización de los “derechos económicos, políticos y sociales” propios de las sociedades democráticas. Sobre esta base amplios sectores de la población propugnan por que se considere la salud como un derecho fundamental que debe ser brindado por el Estado. Con la promulgación de la Ley 100 el Estado logró una expansión radical de la cobertura, pero entregó la prestación pública del servicio

de salud a entes particulares (EPS), y permitió privilegiar el concepto de lucro sobre el de salud. La expansión de la oferta en salud se asoció a una reforma educativa que permitió la creación de múltiples instituciones universitarias, cuyos criterios de calidad son cuestionados por los expertos, lográndose en pocos años cubrir la demanda de profesionales médicos. Sin embargo, el espíritu de enriquecimiento rápido, la conversión de los dineros públicos (UPC) en fondos propios de las EPS a través de pólitos manejos contables, las prácticas corruptas en el cobro de medicamentos y elementos médicos, las repercusiones por el abandono de la atención primaria y por sobre todo la inoperancia de los sistemas de control por parte del Estado llevaron al sistema de salud creado por la Ley 100 a su actual crisis, crisis más de modelo que financiera.

### La huelga médica

La huelga de los profesionales médicos es algo nuevo en la historia de la medicina y solo puede intentar comprenderse a la luz de las transformaciones que se han dado en la atención en salud. La oferta de salud ha tenido tradicionalmente dos pilares: pública y privada. La prestación del servicio público oscila desde la oferta de beneficencia o “caridad” hasta la de atención integral con calidad a toda la población; el espectro de sistemas de salud está determinado por la concepción del papel del Estado en cada sociedad (basta comparar el sistema norteamericano con el europeo). La primera huelga médica ocurrió en Canadá en la década de los sesenta y enfrentó al cuerpo médico, que defendía el cuidado eminentemente privado de la salud, con la búsqueda de una atención universal por parte del Estado. Las huelgas médicas de hoy en Iberoamérica reivindican la salud como un derecho fundamental que debe estar a cargo del Estado (bien distinta es la situación en los Estados Unidos).

El profesional de la medicina es hoy una figura compleja que ha visto mermado su prestigio social pero acrecentada su responsabilidad de cuidar la vida y la salud, bienes de alta estima, por lo cual debe responder jurídicamente ante el Estado (penal), la sociedad (civil), la entidad prestadora (administrativa) y frente a su propio gremio (ética). Su antiguo poder, basado en el conocimiento, le permitía dictaminar sobre la salud y la enfermedad. Hoy este poder está en manos de políticos y administradores. Al honor de profesar una actividad “sagrada” y benéfica para el conglomerado social, por la cual el médico recibía un reconocimiento simbólico –“honorarios”–, le sigue el pago de un salario o tarifa preestablecida por las agencias de salud.

El carácter social y altruista de la profesión médica obliga al médico que ejerce su profesión en sociedades donde se busca la expansión de la democracia a actuar con sentido

social, por tanto debe velar por el correcto desempeño del sistema de salud conociendo las fortalezas y debilidades del mismo de forma que se modifiquen las desigualdades o inequidades en la prestación del servicio de salud. Como trabajador tiene además pleno derecho a reivindicar la posibilidad de ejercer su profesión de manera digna y acorde con el estado del arte, así como la posibilidad de realizarse como ciudadano del común.

### Legalidad de las acciones de reivindicación médica

Hemos expuesto los profundos cambios ocurridos en la forma en que los médicos ejercen su profesión y el deterioro de su rol social; frente a este hecho el cuerpo médico de algunos países ha llamado a la huelga, paro o cese de sus actividades profesionales.

En España, como en algunos otros países (Argentina, Canadá, Costa de Marfil, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, México, Nigeria, Noruega, Perú, Portugal, Senegal, Suecia, Togo, Uruguay, Zaire) la huelga en el sector público es reconocida como legal aunque sometida a restricciones, debiéndose en el caso de la salud informar de su declaración de manera previa a su inicio, tener un tiempo definido y mantenerse los servicios de urgencias, atención a los hospitalizados, etc.

Independiente de la justicia que ampara las reivindicaciones propuestas la experiencia de los movimientos huelguísticos prolongados (España, Perú), así como de aquellos de menor intensidad, muestra que es un instrumento poco eficaz para lograr los resultados buscados dado el poder del Estado y de los aseguradores para neutralizarlos; de otra parte, los efectos deletéreos que esta acción tiene sobre la salud de la población hacen que no se la vea con buenos ojos y despierte pronto el rechazo. En Colombia la mayor huelga médica fue llevada a cabo por los médicos del ISS en 1976 y sus resultados confirman la opinión de su poca eficacia para obtener objetivos.

### La huelga médica en Colombia

En nuestro país la legislación establece que la prestación de los servicios de salud es un “servicio público esencial” (Ley 60 de 1993 y Ley 100 de 1993), lo cual significa que es ilegal la suspensión en la prestación del servicio de salud en todas sus áreas, tanto en lo público como en lo privado. Lo anterior implica que no es lícita la huelga ni tampoco las llamadas “asambleas permanentes” ni ninguna forma que implique la interrupción en la prestación del servicio. El soporte ideológico para esta restricción está dado por el privilegio que debe otorgar el Estado al bienestar general por sobre el interés de grupos particulares.

Una forma especial de presión colectiva para buscar reivindicaciones lo constituye la *renuncia colectiva*, mecanismo recientemente aplicado por algunos médicos colombianos. La renuncia laboral constituye la manifestación libre y voluntaria de cesar una relación contractual; cuando esta adquiere un carácter colectivo en pro de un objetivo reivindicativo, no pretende en el fondo romper el vínculo laboral individual sino bien por el contrario fortalecerlo al presionar al empleador a ceder en las exigencias laborales. La renuncia colectiva en la perspectiva jurídica carece de la libertad y voluntad individual siendo por tanto inválida.

### Ética de la huelga

La huelga en España y Perú fue promovida por los sindicatos médicos y contó con el apoyo de agremiaciones de carácter científico; su larga duración tuvo un enorme impacto en la sociedad por las implicaciones políticas y sociales del hecho, así como por sus repercusiones prácticas en cuanto al número de citas médicas canceladas y de procedimientos médicos postergados, con lo cual se lesionó a la población.

La magnitud del fenómeno huelguístico llevó a que la reciente Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM), reunida en Bangkok, se pronunciara sobre sus repercusiones éticas: “Puede haber tensiones entre el deber del médico de no causar daño y sus derechos como empleado [...] Los médicos que participan en una acción colectiva no están exentos de sus obligaciones éticas o profesionales con sus pacientes [...] Las asociaciones médicas nacionales deben tratar de disminuir al mínimo el perjuicio al público y asegurar que los servicios de salud básicos y de emergencia y la continuidad de la atención sean proporcionados”. El pronunciamiento de la AMM concluye señalando la importancia de privilegiar todos los medios posibles de concertación.

La Ley 23 de 1981, más conocida como Ley de Ética Médica, establece que la medicina “es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades siendo el respeto por la vida y los fueros de la persona humana su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”. Y le recuerda al médico el juramento que hizo y que se convierte en ley: “Consagrar mi vida al servicio de la humanidad [...] y velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”. De esta manera la ley establece la relación existente entre la vida del hombre y su salud, de forma que cuando en el numeral 8 del Art. 1 reconoce el derecho a las acciones reivindicativas les pone un límite a estas: “Tales acciones no podrán poner en peligro la vida de los asociados”, debiendo entenderse por “vida” no solo la mera existencia física sino el derecho

general a la salud, el cual no puede ser menoscabado por una suspensión unilateral de los servicios en razón a reivindicaciones laborales.

Las consecuencias de este tipo de medidas (huelga, renuncia colectiva) deben ser cuidadosamente sopesadas por los involucrados antes de emprender tales acciones dado que de ellas se pueden derivar objetivamente consecuencias negativas para los pacientes afiliados a la entidades al quedar desprotegidos en su atención médica por un tiempo indeterminado; de ocurrir lo anterior el actuar de los médicos realiza un serio cuestionamiento a los principios éticos que rigen su conducta.

### El camino a seguir

Cuando se revisa la experiencia norteamericana se encuentra un ejemplo que vale la pena evaluar. Sus poderosas asociaciones médicas actúan de manera orgánica y se convierten en un eficiente instrumento a la hora de definir políticas públicas y condiciones del ejercicio profesional. En Colombia la acción conjunta de la Junta Médica Nacional (Academia Nacional de Medicina, Federación Médica Colombiana, Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Asmedas, Colegio Médico Colombiano y la Asociación de Médicos Internos y Residentes) ha desempeñado una labor no bien conocida por el cuerpo médico, pero gracias a ella las posibilidades de lograr una modificación sustancial a la Ley 100 parecen una realidad.

Uno de los graves problemas de nuestra democracia radica en la precaria participación ciudadana: bien por el modo de operar el sistema, bien por la pasividad de los ciudadanos. Modificar un sistema de salud que privilegia el lucro en detrimento de la salud es una obligación moral del cuerpo médico, pero para lograr dar esta batalla se requiere de instituciones médicas fuertes y representativas y para ello la participación colectiva de los médicos es necesaria.

Modificar las condiciones laborales del médico es una reivindicación absolutamente justa y necesaria. La disyuntiva no puede continuar siendo la del sometimiento a las imposiciones de los entes prestadores de salud o bien la renuncia al cargo. Aceptar laborar en condiciones médicas inapropiadas constituye un agravio para nuestro paciente, un motivo de insatisfacción por la labor que se cumple y el riesgo de verse involucrado en un proceso judicial. Pero estas disyuntivas son ineludibles para el médico individual, de forma que solo la acción colectiva y organizada de las agremiaciones médicas puede pretender una modificación sustancial a las precarias condiciones impuestas por los entes patronales o contratistas del servicio profesional.

Un segundo aspecto indisolublemente ligado al “camino a seguir” tiene que ver con la pérdida en la capacidad de decisión del médico frente a los problemas sanitarios –y aun frente a las decisiones puramente médicas (autonomía)–, la merma en su prestigio y estatus en la sociedad, así como las potenciales falencias en la formación médica, que pueden haber generado en el profesional médico un sentimiento de frustración y/o pérdida de su estima. Este hecho puede llevar al médico a aceptar pasivamente un ejercicio profesional por debajo de los estándares aceptables, a olvidar el compromiso

con los valores clásicos implícitos en la medicina, a convertir la “profesión” en un “oficio” con el cual ganarse la vida. Es por ello necesaria una acción encaminada a recordar la esencia del juramento hecho al momento de recibirse como médicos. El juramento hipocrático ha persistido y mantiene su vigencia por ser un llamado a la excelencia en el ejercicio de las profesiones: el médico deberá ser siempre y en toda ocasión un buen médico (*lex artis*), pero también un médico bueno (humano).