

Etica y medicina prepagada

RAMON CORDOBA

"La relación entre el médico y el paciente no puede ser satisfactoria si no tiene su término en el paciente mismo, en cuanto titular y beneficiario de la salud por que se lucha; no en la sociedad, ni en el Estado, ni en el buen orden de la naturaleza, sino en el bien personal del sujeto a quien se diagnostica y trata, y por tanto el sujeto mismo". Pedro Laín Entralgo.

Se presentan algunas reflexiones sobre elementos que promueven la creación y difusión de varios tipos de "medicina socializada" o "prepagada". Al mismo tiempo se plantean situaciones que, a juicio del autor, hacen no éticas algunas de esas modalidades pues limitan la libertad del paciente para elegir su médico, restringen la actividad responsable de éste frente a las necesidades del enfermo, anteponen la ganancia económica o los intereses politiqueros a la honesta atención del paciente y propician la violación del secreto profesional y el manejo inadecuado de la historia clínica.

PALABRAS CLAVE: MEDICINA
ETICA MEDICA
RELACION MEDICO PACIENTE
MEDICINA SOCIALIZADA
MEDICINA PREPAGADA



La desmesurada promoción de la llamada "medicina prepagada" y la proliferación de instituciones que la ofrecen, en las cuales participan grupos de médicos, nos inducen a proponer algunos conceptos que permitan una seria reflexión ética sobre esta modalidad de servicio médico. Para mejor comprensión es conveniente partir de unos hechos históricos y de unos principios que han fijado el *ethos* (carácter, manera de ser, moralidad) de la medicina como servicio y del médico como profesional.

1º LA "CRECIENTE COLECTIVIZACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA" (1)

La colectivización de la asistencia médica es una tendencia y una realidad que podríamos calificar de

DR. RAMON CORDOBA, Profesor Titular, Facultades de Medicina de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

universal e incluye países desarrollados y capas sociales económicamente pudientes. Esto se explica en parte por los siguientes factores:

a) El aumento constante del costo de la atención médica debido a la excesiva "tecnificación instrumental" de la práctica médica y a la actitud de dependencia del profesional frente a ella, actitud que se ha extendido a los pacientes y que en éstos, como en aquéllos, se ha constituido en una exigencia y una necesidad, para mejor garantizar la certeza del acto médico.

b) El gran incremento del precio de los medicamentos y de otros elementos empleados en la terapéutica.

c) El alto costo de la vida que influye en los factores mencionados y desencadena un aumento en los honorarios y los costos de la atención médica.

Todo lo anterior ha contribuido a mantener una situación de injusta desigualdad cualitativa y cuantitativa en la atención médica, según la condición socioeconómica de la persona que la requiere. Mas, es preciso afirmarlo, no ha sido el médico como persona ni como gremio el mayor responsable de esa situación; sí lo es, como miembro de una sociedad y de un Estado indiferentes y negligentes ante necesidades primarias a cuyo remedio están obligados, legal y éticamente, a acudir. La historia da testimonio de los esfuerzos de muchos médicos que, silenciosamente, procuraron y procuran, con su aporte y trabajo, disminuir esta inadecuada situación de los pacientes.

2º LA MEDICINA ES "UNA ACTIVIDAD A LA VEZ SOCIOECONOMICA, SOCIOPOLITICA Y ETICA"

La medicina como servicio eminentemente humano ha tenido, en todas sus modalidades, un aspecto personal, individual y otro social; éste tiene tanta importancia en el desarrollo de la comunidad que su historia nos muestra cómo influyen los sistemas políticos y las medidas económicas en su práctica y cómo ésta, al prevenir y curar la enfermedad y al rehabilitar a las personas se proyecta en la economía y en las medidas políticas o sociales.

Desde los albores de la medicina hipocrática o científica, siglo VI a. C., se encuentran testimonios de la injusta desigualdad mencionada (1-3). Una de las características de la medicina actual, según Laín Entralgo (1), es "el intento, hoy planetario, de desha-

cer esa injusta diversificación de la ayuda médica mediante una ordenación más o menos socializada de ella" (1) o, mejor aún, mediante una franca tendencia a su colectivización. Afirma este autor que en los países europeos, incluyendo los menos socializados, 70 a 80% de los habitantes "reciben tal asistencia a través de instituciones de carácter social" (1).

La historia nos enseña cómo desde los más remotos tiempos los gobiernos han dictado leyes que controlan y orientan la actividad médica, siempre procurando llenar las necesidades de sus pueblos y cómo el aspecto político y social de dicha actividad adquiere importancia económica, social y política con resultados reales o ilusorios. Los primitivos médicos hipocráticos atendían gratuitamente al extranjero y al menesteroso (3,4), ajustando su conducta a claros principios éticos y políticos de su tiempo.

3º EL PRO Y EL CONTRA DE ESTA MODALIDAD DE ATENCION MEDICA

Generalmente el pro de esta modalidad de atención médica se ha fundamentado en el beneficio personal del usuario o beneficiario y en el beneficio social de los menos favorecidos de la fortuna, al poner a su disposición un servicio al alcance de su nivel económico, con base en que con un aporte comunitario todos tengan un cubrimiento adecuado. En contra se alega el inadecuado reconocimiento de honorarios para los médicos por las "bajas tarifas" que ofrecen y pagan las instituciones que se dedican a esta actividad.

Estos argumentos deben tenerse en cuenta para el juicio ético, pero no pueden ser los únicos elementos; hay que evaluar otras consideraciones de significación.

Realmente la finalidad de las instituciones de medicina prepagada o "intermediarias de la salud" es ganar dinero, proyectando un servicio que deje el mayor rédito para sus arcas; su meta no es, en última instancia, la salud sino el comercio en esta área y la mayor ganancia económica aunque sus anuncios o frases de propaganda digan otra cosa.

4º LA PROCLAMACION DE LOS LLAMADOS "DERECHOS DEL ENFERMO"

Estos "derechos" han alcanzado una aceptación universal, pese a que a veces se presentan más con

carácter reivindicatorio que como expresión de la dignidad humana del enfermo.

Frente al abuso del tradicional papel paternal del médico, que por olvido del "más divino de los paradigmas, el del padre, cae en el peor de los precedentes posibles, el del tirano (5) que sólo rinde pleitesía a la ciencia y la técnica", surge en 1969, en Estados Unidos, un movimiento propiciado por la Comisión Conjunta de Hospitales -entidad privada- con el fin de revisar los reglamentos de sus afiliados; esta entidad "permitió que las asociaciones de consumidores, en particular la *National Welfare Rights Organization*, presentara propuestas concretas. Esta organización elaboró en junio de 1970 un documento con 26 peticiones, que suele considerarse como el primer código de "derechos de los enfermos" elaborado desde la perspectiva de los consumidores... En el preámbulo se definía además a los pacientes como "consumidores de servicios sanitarios" y se afirmaba taxativamente que en caso de incumplimiento de las citadas normas y lesión moral o física del paciente, un jurado podía sancionar al director del establecimiento por negligencia" (5).

Obviamente los derechos así expresados se inspiran en la concepción de la salud como un bien de consumo; según ella el médico deja de ser el servidor de la persona humana en una relación inmediata y personal, para convertirse en el "expendedor", en el "dependiente" o "empleado de un comercio encargado de atender a los clientes en las tiendas" (6), en los consultorios o "tiendas de salud". Al respecto Gracia (5) expresa: "la salud es un bien de consumo muy particular... La salud, como las armas, son bienes cuyo consumo puede estimularse indefinidamente. Por principio carecen de tope. De ahí que la salud sea uno de los sectores prioritarios en toda economía de consumo. Hay que consumir salud, y hay que proteger el consumo de salud... Aquí es donde cobran sentido económico todos los códigos de derechos de los consumidores y, concretamente, los códigos de derechos de los enfermos... En conclusión, puede decirse que, desde el punto de vista económico, todos los derechos del enfermo se resumen en uno: *todo hombre, tanto sano como enfermo, tiene derecho a consumir salud*" (5). Por ahora dejemos planteado un interrogante: ¿es la salud un bien de consumo?

Con mucha anterioridad el fundamento de los derechos del enfermo estaba expreso en el Juramen-

to Hipocrático (7) (Siglo V a. C.); en él se reconoce la dignidad del paciente y se jura ante los dioses procurar su beneficio y evitar hacerle el mal. En Rusia, en 1867, se instituyó un sistema de atención a los siervos recién liberados, el *zemstvo*, que fue el núcleo de la medicina socializada que se impuso en 1917, a raíz de la revolución bolchevique. En la Alemania de Bismarck, entre 1878 y 1884, se crearon las *Krankenkassen* o "Cajas de enfermos", un sistema de seguridad social que sirvió de modelo para los organizados por otros gobiernos. En ambos países se proclamaba un cambio en la atención médica que apuntaba a reintroducir el concepto de persona, la "personalización del enfermo", fundamento de la medicina hipocrática, que habíase trocado por el de simple entidad nosográfica, cosificando al paciente y reduciéndolo a capítulo nosológico. Con estos movimientos, "la rebelión del sujeto" según Laín Entralgo (1, 8), se exigía reconocer la dignidad del paciente -enfermo o sano- como persona.

Un somero análisis permite apreciar una gran diferencia entre los principios fundamentales de la "rebelión del sujeto" y los de los "derechos del enfermo" sin que ella implique un juicio peyorativo sobre éstos. En su esencia, "la rebelión del sujeto" se apoya en la dignidad de la persona humana, valor absoluto como lo es el valor de ésta, por lo tanto no negociable, dignidad que exige pleno respeto. En cambio, los "derechos del enfermo" surgen, al menos en su concepción primitiva, de la cual no han podido liberarse totalmente, como "un movimiento de reivindicación de los derechos de los consumidores" (5), "en un sistema que considera a la medicina como bien de consumo" (5) y por consiguiente como algo negociable, que puede comercializarse y que admite intermediarios. "Los hombres han empezado a considerarse explícitamente a sí mismos como consumidores de salud, y por tanto como asistidos del derecho de consumirla en óptimas condiciones" (5).

De nuevo se presentan interrogantes básicos: ¿Es o, mejor, puede ser la medicina -disciplina que se ocupa de la existencia humana- un bien de consumo? ¿Pueden convertirse la salud y la existencia humana en objetos de mercado, en artículos de comercio?

Infortunadamente los argumentos de la "rebelión del sujeto", que debieron desarrollarse dentro del más noble sentido de servicio a la persona humana, se contaminaron, en algunas de las modalidades de

su práctica, de política partidista, de ideologías de gobierno, de intereses espurios (9) y cayeron en uno de los más deshumanizados sistemas en el cual imperan el rendimiento estadístico, lo frío e impersonal de la administración empresarial, las prebendas, la cosificación del paciente, es decir en los mismos errores o peores que los que se pretendió corregir. Además, llevó a un buen número de médicos al aburguesamiento, al estilo burocrático de trabajo, con pocos o ningún estímulo académico o científico, con olvido de su misión, convertidos en funcionarios regulares o malos; los que se desempeñaban bien no lograron escapar, dada la tendencia generalizadora de nuestras gentes, a la pérdida de credibilidad del gremio entero; comenzó así una intensa oleada de desprestigio y pérdida de la confianza entre el médico y el paciente, desprestigio que se acrecentó con los paros de los "trabajadores de la salud".

Como ejemplo de lo anterior, y para no herir susceptibilidades, citamos de Lain Entralgo (1) algo que demuestra la deshumanización del sistema o la cosificación del paciente: "En la Unión Soviética se ha establecido que a cada enfermo ambulatorio debe dedicarle el médico diez minutos. Pues bien, según fuentes procedentes del mismo país, ese tiempo tiene que descomponerse en las siguientes fracciones: llegada y despedida, un minuto; rápida historia clínica, dos a tres minutos; cumplimiento de formalidades administrativas, tres a cuatro minutos; exploración clínica, reflexión diagnóstica e indicaciones terapéuticas dos a tres minutos" (1). Es importante observar cómo para las labores administrativas se programan tres o cuatro minutos y para la exploración clínica, la reflexión diagnóstica y las indicaciones terapéuticas -la verdadera tarea médica- sólo se dispone de dos a tres minutos. ¡Y esto ocurre en Rusia, uno de los países donde se realizó la "rebelión del sujeto"! ¿Cómo se distribuyen entre nosotros los quince minutos programados por paciente en el Instituto de los Seguros Sociales?

Planteamos otra pregunta: ¿Ha solucionado todo esto la injusticia social para quienes nada tienen?

5º ECOS DE UN CONFLICTO

A raíz del último conflicto entre asociaciones médicas gremiales y empresas de "medicina prepagada" se afirmó, y aún se utiliza como argumento en

favor de éstas, que ayudan a mermar la desocupación de los médicos, "que les dan con qué vivir".

Aceptemos en gracia de discusión que esto sea una realidad, pero, surge una inquietud: ¿Han ennoblecido, de verdad, el trabajo de los médicos así remunerados o, simple y llanamente, se han aprovechado para su propio peculio de una situación socio-económica y se han servido de "mano de obra" excelentemente bien calificada y mezquinamente pagada, menguando la dignidad de los profesionales?

Comprendemos que colocados entre la espada y la pared el primer deber ético de los médicos puede ser sobrevivir sin faltar al *ethos* de la medicina, sin hacer nada contra la conciencia, así en el fondo de ésta se eleve una sincera protesta por la dádiva que se recibe y que tiene franco sabor a limosna. Para esta significativa inquietud no tenemos respuesta inmediata. Otra salida ética podría ser la rebelión de la dignidad que exige plena libertad y respeto absoluto.

Sinteticemos ahora algunos principios éticos en relación con la práctica de la medicina.

1º LA DIGNIDAD ABSOLUTA DE LA PERSONA HUMANA

La persona humana, por ser tal, posee estructuralmente, en forma esencial, una dignidad absoluta, no como algo agregado a lo que pueda renunciar o de lo que se la pueda despojar, sino como algo esencial de su estructura de persona.

Desde la antigüedad, Sócrates (470-399 a. C.) enseñó: "El hombre es la medida de todas las cosas: de las que existen como existentes; de las que no existen como no existentes" (10). Los estoicos proclamaron: "El hombre es cosa sagrada para el hombre" (11) y Rahner (11) afirma que al hombre, a la persona humana, "le compete un valor absoluto y, por lo tanto, una dignidad absoluta". Y según los criterios kantianos el ser humano es el único animal que tiene "dignidad" y sólo a él como "animal personal", se le debe "respeto". Todo lo que mengüe, todo lo que atente contra esta dignidad absoluta debe ser rechazado como no ético. La regla de oro de la ética sigue siendo "reconocer la dignidad del otro como persona" (12).

2º LA PERSONA HUMANA ES FIN, NO MEDIO

La persona humana, por su dignidad, no puede éticamente ser tomada como medio sino como fin en

sí misma. Rahner, citado por Vidal y Santidrian (12), enseña: "El hombre es persona que consciente y libremente se posee. Por tanto, está objetivamente referido a *sí mismo* y por ello no tiene ontológicamente carácter de medio sino de fin..."

Sólo el hombre, como lógica consecuencia de pertenecerse a sí mismo, es un fin en sí y nunca un medio. Sólo el hombre entre los seres creados, o si se quiere entre los animales, es persona, ser personal, *animal personal*, un *quien*; sólo él tiene "*personidad*", es decir se pertenece a sí mismo, es el único que tiene vivencia metafísica y psicológica del "*yo soy mío*", del "*yo soy mí mismo*" (8,13,14).

Convertir a la persona humana en medio para conseguir a su costa beneficios económicos, ideológicos, políticos, religiosos, sanitarios, etc., es faltar a principios éticos fundamentales, es atentar contra su dignidad y su libertad, generalmente con artificios de manipulación que la privan de la capacidad de auto-crítica y autodeterminación y la convierten en esclava de quien la utiliza para intereses propios, ajenos a los de aquélla (12).

3º NO TODO LO LEGAL ES ETICO

La ética se orienta y determina por unos valores que escapan a las decisiones de las leyes positivas. Estas indican ordenamientos que hacen que una acción sea o no legal, pero no pueden hacer justo lo que en sí es injusto ni bueno lo que atenta contra la dignidad absoluta del ser humano.

4º. EL VALOR ETICO Y LAS ESTADISTICAS

El dato estadístico muestra con qué frecuencia o en qué porcentaje, en una comunidad, se realizan acciones o se tienen actitudes de acuerdo con un valor positivo o negativo -antivalor-, pero no hacen al negativo positivo. Igual que en un grupo determinado puede una infección llegar a lesionar al ciento por ciento y no por ello puede afirmarse que dejó de ser una infección, tampoco porque una comunidad acepte valores negativos éstos dejan de serlo. Porque una sociedad pierda el respeto por la vida y se eleve el porcentaje de homicidios no deja éste de ser un crimen. En otras palabras,

la suma de actos no éticos no hace de ellos algo ético.

5º EL MEDICO Y LA EXISTENCIA DEL PACIENTE

Lo que la "persona-paciente" confía a la "persona-médico" es, en última instancia, su existencia y no únicamente la entidad nosológica que lo afecta o que desea evitar. Se destaca la condición de "persona" en el paciente y en el médico porque ella hace que su dignidad y su valor sean absolutos y no puedan ponerse por debajo de ningún otro interés.

En otras oportunidades (15) hemos insistido en que cuando la *persona humana-paciente* reclama el cuidado del médico lo constituye en responsable solidario de la perfección de su existencia, de la posibilidad de llevar a la perfección su vida; es una solidaridad plena, *in solidum*, aunque la actuación del médico sea accidental o transitoria. Es necesario tener presente que los resultados de dicha intervención pueden ser definitivos o prolongados aunque la intervención haya sido ocasional. Ese vínculo, esa solidaridad es uno de los fundamentos de la excelencia del quehacer médico y, al mismo tiempo, una de las bases de su magna obligación ética, de su magna responsabilidad.

En realidad lo que el paciente confía al cuidado del médico es algo esencial para su existencia como persona humana: la vida misma, es decir, la posibilidad de ser o de seguir siendo ente o ser humano. Posibilidad cuya salvaguardia el paciente o su representante, en un momento dado encomiendan al médico, como persona idónea, para que la proteja de agresiones que la ponen en peligro de extinguirse o de quedar menguada o para que la rehabilite cuando ha sido lesionada (15).

Tanto la salud como la vida son valores primordiales. Sin embargo, entre ambas encontramos muy claras diferencias: la salud, cualquiera que sea la concepción que de ella tengamos, y por deseable que sea, no es elemento indispensable para la existencia, aunque sea un importantísimo valor en ella; en cambio la existencia, es indispensable, es condición *sine qua non* para disfrutar de la salud y para realizar cualquier otro valor, incluyendo el proyecto personal de la propia vida (15). La salud en sí carece de sentido y lo adquiere porque contribuye, en mayor

o menor grado, a la realización humana de la persona que la disfruta (16).

6º LA ACCION DEL MEDICO Y EL PACIENTE

La acción del médico, para que sea ética, tiene que revertir exclusivamente en el paciente mismo.

Los conceptos expuestos en el anterior aparte nos obligan lógicamente a esta conclusión: si el acto médico implica que el paciente constituye al profesional en responsable solidario de la perfección de su existencia y de la integridad de su vida con una solidaridad plena, y si la existencia del paciente, su integridad, es el valor primordial para ambos, ningún otro interés debe interponerse pues puede limitar la acción del médico con perjuicio, por leve que sea, para el paciente lo que es francamente deshonesto, reñido con elementales principios éticos. "La relación entre el médico y el paciente no puede ser satisfactoria si no tiene su término en el paciente mismo, en cuanto titular y beneficiario de la salud por que se lucha; no en la sociedad, ni en el Estado, ni en el buen orden de la naturaleza, sino en el bien personal del sujeto a quien se diagnostica y trata, y por tanto el sujeto mismo", enseña Laín Entralgo (17).

Dado lo significativo de este principio insistimos en que cualquier elemento que se interponga entre el paciente y su médico puede alterar la relación desviándola de su verdadero destinatario y perturbando la esencial confianza entre ambos, lo que hace difícil el éxito de la acción médica y convierte en no ética dicha intromisión. Cuando ésta, por cualquier circunstancia, desvía la acción en beneficio del Estado, de la sociedad o de cualquier empresa -sin importar quien la dirija- sigue mereciendo el rechazo ético y es francamente condenable pues antepone otros intereses al valor absoluto de la persona humana y de su existencia.

7º LA INTIMIDAD DEL PACIENTE

La intimidad del paciente, cuya revelación hace parte esencial de la relación médico paciente y que es elemento fundamental de la historia clínica, no puede ser revelada, aun con autorización de éste, si no es para su bien real y sólo si es estrictamente necesario. Es lo que constituye el sigilo o secreto profesional (18).

La intimidad es una característica estructural de la persona humana (8,13,14,19), que le permite ser "yo" y al mismo tiempo "el mí" de la expresión "yo soy mí mismo", expresión en la cual se alude a una "mismidad que no es mera identidad sino intimidad metafísica", enseña Laín Entralgo y agrega: "Y esta estructura consiste en que anteriormente a toda vivencia de "mí mismo", yo soy mi "propia" realidad; soy una realidad que me es propia" (13). Pero, como bien lo aclara Zubiri (14), no en el sentido de "ser dueño de sí", sino de que "aquéllo que el hombre hace es real, física y reduplicativamente propiedad de él. Es propiedad suya, le pertenece como intimidad". Esta "pertenencia" como intimidad implica la libertad de la persona y la libertad a su vez "es pura y simplemente el último rasgo modal que va configurando el último aspecto de la intimidad personal, en la que el hombre va desplegando y constituyendo su propia personalidad" (14). Si no tenemos intimidad se lesiona nuestra libertad, si no tenemos libertad se deteriora nuestra intimidad, no podemos tener la vivencia, no sólo psicológica sino metafísica, del "yo soy mí" (8,13,14).

Violar la intimidad del "otro", revelar lo que nos confió de esa intimidad, es violentar injustamente su persona, atropellar su libertad y su derecho a realizar su existencia, introducir un elemento perturbador en las relaciones interpersonales y desconocer ofensivamente la dignidad de la persona humana; esto menoscaba no sólo al dueño de la confidencia sino también a quien la propala ya que no guarda fidelidad al otro ni a la promesa implícita o explícita que lo obligaba al secreto; así viola el derecho adquirido por el primero al confiar su intimidad sin intención de que ningún otro la conozca, y causa un daño moral (20) para ambos por la revelación.

Toda revelación injustificada, directa o indirecta, de lo confiado al médico en ejercicio de su misión y en razón de la misma, constituye una franca violación del secreto debido y es reprobada por los principios éticos, aunque en la intención de quien lo viola no exista el deseo de perjudicar al paciente.

En el juramento hipocrático se lee: "lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquéllo que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto" (7)

La historia clínica tiene como base los elementos personales, íntimos o no, que el paciente confía

al médico y en este sentido es su dueño absoluto. Pero, además, es la expresión de lo que sobre esa realidad opina, crea, juzga y decide éste en busca del bien de aquél y de su pleno desarrollo humano; tiene implicaciones morfológicas, fisiológicas, físico-químicas, psicológicas, sociológicas, históricas, culturales, estéticas y éticas (8) en relación con su arte que es la medicina. En consecuencia es la creación científica y artística del médico y, como obra suya, le pertenece (18).

Como condueño de la historia clínica el paciente puede exigir de su médico el concurso para que ella sirva a su verdadero beneficio y el médico no puede negarse a ello, pero, ¿significa esto que la historia clínica, entendida y elaborada como se expresó antes, debe ser manejada libremente por el paciente? El acto médico en su totalidad, toda la acción del médico en relación con su paciente, incluyendo la elaboración y el manejo de la historia clínica debe inspirarse en la búsqueda del verdadero bien del paciente y la determinación de entregarle la historia debe evaluarse desde este punto de vista. Para esta acción médica es válido el principio ético hipocrático "favorecer, no perjudicar". La interpretación correcta de lo consignado en ella no está al alcance de la mayoría de los pacientes y si a esto se agregan los comentarios y la curiosidad de familiares, amigos y vecinos, es difícil admitir que realmente sea benéfico entregarla al paciente.

Tras la costumbre de entregar a los pacientes sus historias, adoptada por hospitales y otras instituciones de atención médica, se ocultan elementos diferentes al interés puramente médico y al verdadero bien del paciente: economía de espacio y de sueldos, evitar reclamos por inoportuno manejo de dichos documentos, desmedro del paciente como persona y desprecio por su intimidad y su libertad (18). Con mayor razón se violan todos los principios cuando la historia queda a merced de curiosos en sitios públicos como porterías de edificios de consultorios.

Debemos insistir: es el médico quien ética (21,22) y legalmente (Ley 23 de 1981, Art. 39) tiene la obligación de proteger el secreto profesional y, además, el deber de no "permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre la salud y la vida del paciente o su familia", como lo afirma enfáticamente Vélez (21). Por lo tanto es el guardián de

la historia clínica y sobre él recae la responsabilidad de su adecuado manejo o de su divulgación por falta de una custodia correcta.

8º TODA PERSONA TIENE DERECHO A VIVIR DECOROSAMENTE DE SU TRABAJO

Un principio aceptado desde muy antiguo, que el trabajo debe permitirnos vivir decorosamente, es válido para el médico sin olvidar la obligación social inherente a su misión. Sin embargo, cualquiera que sea su condición socioeconómica, la dignidad del paciente como persona y la de su existencia no pueden colocarse por debajo del precio de una atención urgente para él, en la cual se ponen en juego su vida o su integridad. El derecho a vivir decorosamente de su trabajo, a recibir por su labor honorarios adecuados, no permite éticamente que el paciente, por su dignidad de persona, se convierta en simple fuente de ganancias. Se habla de honorarios y no de "tarifas" porque la vida humana y la salud no pueden tener realmente un valor en dinero. Lo que se "paga" es sólo un reconocimiento a la labor del profesional médico, no la tasa de una vida humana ni el precio de su salud.

Las instituciones que venden servicios de medicina prepagada buscan ganancias, que son su primera razón de ser, y reducen al paciente y al médico a fuentes de pingües ingresos. Al colocarse como intermediarias terminan imponiendo en forma evidente o soterrada una medicina que no busca primordialmente el bienestar de aquél (24) sino el rendimiento económico, lo que es francamente no ético. Este juicio es válido cualquiera sea la índole de la institución que reciba las ganancias y cualesquiera las personas que la conformen. Más claramente, aunque las instituciones pertenezcan a profesionales médicos y las ganancias reviertan en éstos, no por eso deja de ser no ético negociar con la salud de los pacientes y con la dignidad del médico.

Al respecto cabe recordar el numeral 7º del artículo primero de la ley 23 de 1981 sobre Normas de Ética Médica que textualmente dice: "El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico sólo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca, a terceras personas que pretendan explo-

tarlo comercial o políticamente”

9º EL PACIENTE DEBE TENER PLENA LIBERTAD PARA ELEGIR SU MEDICO.

El derecho de toda persona a elegir libremente su médico es uno de los más antiguos, reconocido universalmente y entre nosotros, además, consagrado en el artículo 4º de la Ley 23 de 1981. Este derecho es conculcado por las instituciones de medicina prepagada, al restringir arbitrariamente la atención solamente a los médicos que se acogen a sus exigencias. Más grave aún, ponen limitaciones a la acción del médico (24): no reconocen sino determinado número de visitas o de días de hospitalización y determinados exámenes paraclínicos, etc., desconociendo lo imprevisto en la evolución de las enfermedades y en los resultados de la terapéutica e ignorando olímpicamente que no hay enfermedades sino enfermos.

Lo anterior es una prueba evidente de que la “medicina prepagada” actual no pretende el bienestar del paciente sino que convierte a éste y al médico que lo atiende en simples elementos de ganancia comercial, menoscabando en ambos su dignidad humana y su libertad.

CONCLUSIONES

Con todo lo anterior, ¿qué podemos decir, desde el punto de vista ético, sobre la “medicina prepagada” en su actual modalidad incluyendo en este juicio al Instituto de los Seguros Sociales que, entre nosotros, no es más que otro tipo de “medicina prepagada”?

La meta propuesta, brindar atención médica oportuna y adecuada, sin diferencias por niveles socioeconómicos, es loable pero las modalidades empleadas tienen elementos estructurales que las hacen caer en actitudes reñidas con los principios éticos de la atención médica.

En primer lugar las compañías de salud prepagada se convierten en intermediarias entre el médico y el paciente, desviando la acción médica que no tiene entonces como primer interés el bienestar pleno de éste sino la ganancia económica, en la medicina prepagada privada o las mejores estadísticas y el prestigio político partidista del gobierno de turno en la estatal. La dignidad de la persona humana encar-

nada en el paciente y el médico pasa en ambas a un segundo nivel y se cuida más del ingreso comercial o del “coto político”, en el cual, a veces, el profesional se vincula por sus ideas políticas y no por su idoneidad académica y ética.

En segundo lugar, tanto el médico como el paciente sufren mengua en su libertad, y por tanto en su dignidad, por las normas arbitrarias que fijan las instituciones privadas de la medicina prepagada; por la despersonalización de ambos convertidos frecuentemente en “códigos”; por el incumplimiento de los compromisos con los usuarios en la estatal; la violación del sigilo profesional en una y otra al dejar las historias expuestas a la libre interpretación del paciente mismo o de personas no vinculadas éticamente con dicho sigilo. En la medicina prepagada privada tanto el paciente como el médico se convierten en fuentes de ingresos y en la estatal, al menos el médico, en factor de explotación política.

Retomando la pregunta ¿Son la existencia humana y la salud del hombre bienes de consumo? No. Son valores primordiales, especialmente la existencia que, como vimos, es lo que el paciente confía al cuidado del médico. También la salud es un valor primordial pero supeditado a la existencia, pues sin ésta no hay salud posible, mientras sí es posible disfrutar de la existencia con una salud limitada. No son bienes de consumo porque no son intercambiables ni negociables, aunque ambas sufran desgaste biológico y se extingan. Pero como bienes de consumo las aprecia la “medicina prepagada” en su modalidad actual y por lo tanto como factores u objetos de mercadeo; en consecuencia:

1º El paciente es convertido en un medio; su existencia y su salud se tasan según la capacidad de pago y el precio de la póliza que adquiera; el costo de ésta es lo primordial para la agencia que vende el “bien de consumo” -la salud, la existencia de la persona humana- y estipula en las condiciones de venta cláusulas que coartan la libertad del paciente y le limitan el modo de enfermar (24).

2º El médico también es convertido en un medio para producir ganancias a la agencia que vende medicina barata y que le impone condiciones limitantes del ejercicio honesto de su misión.

La existencia de cada persona, que es lo que ponen en peligro sus quebrantos de salud, no es un bien de “consumo” sino un valor absoluto con el cual

no se puede negociar; es injusto y no ético ponerle los límites que actualmente fijan las instituciones de medicina prepagada que así atentan contra la dignidad del paciente y del médico que debe cuidar de la existencia y de la salud de aquél.

Se afirma que con este tipo de medicina se pretende que todas las personas tengan la posibilidad de atención médica adecuada, oportuna e igualitaria; repetimos que su estructuración misma contradice este ideal y lo convierte en simple lema de promoción comercial. No es cierto ni posible que con la medicina prepagada actual ni con el sistema de medicina socializada vigente entre nosotros se corrijan las injusticias de la medicina privada, sino que, en cierto sentido, se acrecientan al convertir en fuentes de ingresos a los pacientes y a los médicos, destruyendo la mutua confianza esencial en la relación de ambos.

Tanto en la modalidad actual de medicina prepagada como en la de medicina socializada encontramos elementos y actitudes que violan principios éticos y prescripciones de la Ley 23 de 1981.

SUMMARY

ETHICS AND PREPAID MEDICAL CARE

The author presents some reflections on elements that promote creation and diffusion of various types of socialized or prepaid medical care. According to his judgement, there are situations that make several of those modalities unethical, namely: limitation of free choice of the physician; restrictions on the responsibilities of the latter regarding the patient's needs; economic or political interests are put before honest patient care; and violation of professional secrecy and inadequate management of clinical charts are propitiated.

BIBLIOGRAFIA

1. LAIN-ENTRALGO P. La medicina actual. 2 ed. Madrid: Dossat-Bolsillo, 1981; 259.
2. LAIN-ENTRALGO P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat, 1978; 722.
3. LAIN-ENTRALGO P. La medicina hipocrática. En LAIN-ENTRALGO P. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat, V. 2. pp. 73-117.
4. LAIN-ENTRALGO P. La medicina hipocrática. Madrid: Revista de Occidente, 1970; 456.
5. GRACIA GD. Los derechos de los enfermos. En: GAFO J, ed. Dilemas éticos de la medicina actual. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1986; 43-87.
6. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. 20 ed. Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
7. LARA MD. Juramento (Hörkos). En: GARCIA C, LARA MD, LOPEZ JA, CABELLOS B. Tratados Hipocráticos. Madrid: Gredos, 1983. V. 1 pp. 63-83.
8. LAIN-ENTRALGO P. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat, 1984; 510.
9. GARTNER F. Aspectos éticos de la atención médica en la seguridad social. *An Acad Med Medellín* 1988; 1: 50-56.
10. LAERCIO D. Vida de los filósofos más ilustres. Buenos Aires: Ateneo, 1947: 581.
11. Citados por VIDAL M, SANTIDRIAN PR. Ética personal. Las actitudes éticas. 5 ed. Estella (Navarra): Paulinas, 1980: 126 y 132.
12. VIDAL M, SANTIDRIAN PR. Ética personal. Las actitudes éticas. 5 ed. Estella (Navarra): Paulinas, 1980; 219.
13. LAIN-ENTRALGO P. Teoría y realidad del otro. Madrid: Alianza Editorial, 1983; 697.
14. ZUBIRI X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza Editorial, 1986; 709.
15. CORDOBA R. El médico frente a la vida y frente a la muerte. *An Acad Med Medellín* 1989; 2: 66-72.
16. CORDOBA R. Los fundamentos de la relación médico paciente. *An Acad Med Medellín* 1989; 2: 132-144.
17. LAIN-ENTRALGO P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente, 1964; 497.
18. CORDOBA R. El secreto profesional médico. *Medicina UPB* 1990; 9: 13-27.
19. VIDAL M. Moral de actitudes. Ética de la persona. 4 ed. Madrid: PS, V. 2. 1979; 560.
20. MENDEL AI. Derechos y personas. México: Fondo de Cultura Económica, 1980; 468.
21. VELEZ LA. Ética médica. Interrogantes sobre la medicina, la vida y la muerte. Medellín: Prensa Creativa, 1988; 303.
22. KOTTOW MH. Medical confidentiality: an intransigent and absolute obligation. *J Med Ethics* 1986; 12: 117-122.
23. Colombia. Ley 23 de 1981. Artículo 39.
24. NARANJO A. La ética médica en la intermediación de la salud. *An Acad Med Medellín* 1991; 4: 12-13.