

# 2

## LA MEDICINA, ¿UNA PROFESIÓN SIN ESPERANZA?<sup>1</sup>

José Antonio Girón Sierra<sup>2</sup>

### RESUMEN

---

---

Se analiza el estado actual de la profesión médica a partir de tres conceptos. En primer lugar, se establece un nexo entre el proceso globalizador y la salud; en segundo lugar, se hace referencia a la crisis del modelo biomédico y, finalmente, se discute la encrucijada ética actual de la medicina. El desarrollo de estos tres componentes incorpora un conjunto de elementos de análisis, que si bien responde a las preguntas sugeridas en el texto, abre todo un abanico de interrogantes con respecto a la medicina y al médico, en una época en la cual las racionalidades económica y técnica atraviesan toda la estructura de valores de la sociedad, sin que la institución de salud ni el mismo médico reflexionen y respondan adecuadamente a ello.

**Palabras clave:** Globalización, ética médica, salud.

---

1 Ponencia presentada en el "XV Congreso Nacional de Medicina General y Social, VI Simposio de Seguridad Social y I Seminario de Ética Médica.

2 Médico Jefe de la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia. Médico Cirujano de la Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.S.A.

Separatas: E-mail: jagiron@perseus.unalmed.edu.co

## ABSTRACT

---

---

The present state of medical profession is analyze from 3 concepts. In first place we establish a link between a globalization process and health systems; in second place we point out the biomedical model crisis and at last we discuss the present ethical point of view of medicine in general. The development of these three components incorporates a set of analytical elements which if they all respond to the suggested questions of the text, they will open on array of questions regarding medicine, doctors. In a period of time where economical rationality and technical support crosses most of the value structure of our society. The medical institutions and even the doctors are not reflecting and responding adequately to this present situation.

**Palabras clave:** Globalization, medical ethics, health.

Hace 20 años, en un acto que bien pudiera calificarse de quijotesco y sin lugar a dudas en contravía de la manera de pensar dominante en el gremio, la Junta Directiva de la Antigua Asociación Médica de Antioquia –AMDA–, decidió organizar el Primer Curso Nacional de Actualización en Medicina General y Social. ¿Qué era realmente lo novedoso y seguramente lo perturbador de este evento? Indudablemente la temática social.

En aquel entonces, un grupo de médicos generales y algunos especialistas, movidos por un ideario de justicia social, pretendieron mover las bases conceptuales de una profesión profundamente anclada en la perspectiva biomédica y con una lectura de la sociedad identificada con la manera de pensar de las personas e instituciones que cumplían un papel de dirección de la misma sociedad y del Estado. Por esto, el tema de lo social, que se puso a transitar de la mano de los novísimos desarrollos biomédicos, fuera de ser interpretado como inconveniente por el establecimiento médico, no se admitía ni se entendía cómo él podría contribuir a comprender el proceso salud-enfermedad y, sobre todo, cómo podría traducirse en una manera distinta de ser médico.

No obstante haberse mantenido la organización gremial en una línea de trabajo igual, no ha sufrido modificaciones que merezcan ser referenciadas, pese a un claro descenso en las condiciones sociales del médico; su cuerpo de creencias y de valores empieza a evidenciar signos claros de desmoronamiento en algo que parecía ser estructurante en la profesión: lo ético. No deja de sorprender la precaria capacidad de respuesta del médico a un mundo que le

ha instrumentalizado en extremo, convirtiéndolo, más que en un agente de salud, en un agente de productividad.

Sin más preámbulos, adentrémonos en la temática propuesta, y aquí las preguntas son apenas obvias. ¿Qué ha ocurrido para que se hubiese llegado al lugar en que nos encontramos? ¿Obedece todo esto a circunstancias que proceden del interior de nuestra profesión o es algo que atañe de manera directa a fuerzas que se mueven en un contexto en el cual estamos inmersos pero que no controlamos? Estos y otros tantos interrogantes pudieran formularse como le es propio a toda situación compleja; pero si bien no es posible satisfacer el deseo de contar con respuestas seguras, sí es pertinente abordarlas, más con la intención de motivar una postura reflexiva e intentar armar un tejido de relaciones que sugieran causalidades y efectos. Para ello, entonces, tomaremos la ruta de colocar ante nosotros, en primer lugar, los componentes generales con el fin de establecer un nexo entre el proceso globalizador y la salud y, posteriormente, dos componentes de orden particular, el primero de ellos referido a la crisis del modelo biomédico y, en segundo lugar, la encrucijada ética actual de la medicina. Desarrollados estos componentes, se propondrán al final, sin demasiadas pretensiones, algunas ideas que nos sitúen más del lado de la esperanza que de la desesperanza.

## LA GLOBALIZACIÓN Y LA SALUD

En primer lugar, asistimos al hecho de la globalización, el cual debe entenderse como la etapa actual del capitalismo en su modalidad neoliberal, cuyas implicaciones

van más allá de un mero proceso de liberación de mercados, instaurándose una nueva relación entre los países en las esferas económica, política, social y cultural. No es posible pensar en que se pueda prescindir de ella, ya que unos países, más que otros, no sólo han tenido que crear un entorno económico favorable, sino también toda una estructura normativa que viabilice el adecuado desenvolvimiento de tal entorno económico. Teniendo la globalización lo económico como eje central, no es difícil advertir la imposibilidad de decisiones autónomas en el diseño de las políticas y en las formulaciones normativas, ya que ello sólo tendrá una dirección del centro a la periferia; de allí la dominancia de las economías hegemónicas, con los EE.UU. a la cabeza, que imponen sus reglas de juego a través de instancias como la Organización Mundial de Comercio (OMC). De alguna manera puede afirmarse que, ya para efectos de control del mundo, no es tan indispensable el control territorial, lo es sí el control de los mercados, por lo que los centros de decisión política no se ubican ahora tanto en los gobiernos sino en organismos como el BID, el FMI, la OMC y el Banco Mundial, cuyas acciones y políticas se orientan a promover y a imponer "sutilmente" un modelo de desarrollo que, dentro del contexto de la globalización, apunte a disminuir costos, estimule el mercado y exalte las iniciativas privadas e individuales, en detrimento de lo público.

No podía la salud, como institución, estar al margen, ya que nunca gozó de autonomía, así algunos lo creyeran; aquí también la predominancia de lo económico y el ejercicio de criterios de racionalidad entraron a jugar el papel que el momento les asignaba dentro del marco

de unas demandas sociales concretas, dándole sentido a las finalidades de toda una estrategia de reformas al sector, formulada desde los centros de poder, de los cuales se ha hecho mención con anterioridad. Hechos como la creciente participación de la salud en los PBI de las economías, sean ellas desarrolladas o no, así como los cada vez más poderosos conglomerados económicos relacionados con la producción de tecnologías para el sector de la salud, explican por qué el tema de la salud ocupa un lugar en las estrategias que se cuecen desde los centros de poder que hoy lideran el proyecto globalizador. Dentro de esta línea de análisis, es evidente que la formulación de políticas por parte de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud ha dejado su iniciativa a favor de los organismos internacionales antes señalados. Esto ha tenido profundas implicaciones, en tanto es la racionalidad económica la que en últimas se ha impuesto como criterio rector que requiere de ciertos niveles de homogeneidad a través de un solo modelo de seguridad social y de práctica médica, lo cual ha desencadenado evidentes desencuentros entre las decisiones políticas formuladas de manera aséptica con unas realidades políticas, históricas y culturales concretas.

Para el caso colombiano, el gobierno de César Gaviria agenció, sin reserva alguna, estas directrices, y para la temática que nos ocupa, la Ley 100 no es más que una hija legítima de dicha política, esto es, una consecuencia. Pensar entonces en que dicha Ley es la responsable de nuestras dificultades y de nuestros males no deja de ser un claro error de apreciación que confunde las consecuencias con las causas, perspectiva que ha llevado a pensar equivocadamente

damente en que, mediante algunos ajustes, como eliminar la intermediación o situarla dentro de unas finalidades diferentes de las formuladas desde fuera, se pueda llegar a un lugar mejor. Es un hecho, entonces, que la salud es un componente importante hoy del proceso de globalización, y esto es algo que requiere ser tomado de cara a nuestras realidades para dilucidar sus efectos y consecuencias, particularmente en lo que concierne a la práctica médica. Miremos algunos datos que ilustran un poco la situación:

1. Según el informe presentado en 1997 por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), más del 25% de la población mundial vive en la pobreza, el 35% (1300 millones de personas) viven con un ingreso inferior a un dólar diario; esta cifra en 1999 llegó a 1.500 millones de personas. En los países desarrollados hay más de 100 millones de personas pobres, de las cuales 40 millones se encuentran en los EE.UU. (según el informe 2000 del PNUD, de los 18 países industrializados, los países con la mayor pobreza humana son EE.UU., con el 15%; Irlanda, con el 15%, y el Reino Unido, con el 14.6%). En América Latina, el nivel de pobreza en 1997 era del 36% (204 millones de pobres, esto es, 68 millones más que en 1980).
2. Padecen hambre 830 millones de personas, entre ellas cerca de 200 millones de niños menores de 5 años padecen de deficiencias de calorías y de proteínas. Cada día mueren 11 mil de estos niños, lo que en promedio corresponde a un niño muerto cada 8 segundos por causas relacionadas con la nutrición.

3. El 20% más pobre de los habitantes del mundo han visto reducir su parte de la renta global de un 2.3% a un 1.4% en los últimos treinta años. Mientras tanto, la parte del 20% más rico ha ascendido del 70% al 85%. En América Latina, el 20% más rico tienen un ingreso medio superior a 17.000 dólares, y el 20% más pobre, 930 dólares.
4. A fines de los años noventa, el 20% de la población mundial que vivía en los países de más altos ingresos, tenían el 86% del PBI, en tanto que el 20% inferior sólo tenían el 1%. Este mismo 20% consumen el 45% de toda la carne y el pescado y el 58% de toda la energía, mientras que el 20% más bajo, sólo el 5% y el 4%, respectivamente.
5. La diferencia en cuanto al ingreso per cápita entre el mundo industrializado y el mundo en desarrollo se triplicó, de 5.700 dólares en 1970 a 15.400 en 1993. En este mismo período, si se toma la media de siete países latinoamericanos, donde está Colombia, pasó de 3.478 dólares a 5.949.
6. El consumo de agua dulce se ha duplicado desde 1960. Ya veinte países acusan problemas en la disponibilidad de este recurso renovable, pues la disponibilidad de agua se ha reducido en el mundo de 17 mil metros cúbicos per cápita en 1950 a siete mil en la actualidad.
7. La quema de combustibles fósiles se ha quintuplicado desde 1950. El consumo de madera, tanto para la industria como para la leña en el hogar, es ahora el 40% superior a lo que era hace 25 años. Si bien las reservas de los combustibles

fósiles no se han agotado, las emisiones anuales de dióxido de carbono se cuadruplicaron en los últimos cincuenta años, lo cual, aunado a la tala de bosques, ha impactado negativamente el ecosistema provocando sequías, inundaciones y extinción de especies (desde 1970, la superficie forestal por mil habitantes se ha reducido de 11.4 kilómetros cuadrados a 7.3).

Mirando desprevenidamente estos datos, no podría ser peor la carta de presentación del modelo de desarrollo que se nos propone. De allí que resulte por demás ingenuo, cuando en el informe del PNUD de 1997 se señala: “La gran pregunta a la que no se da respuesta es si los vientos de la globalización se consideran en algunas de las naciones más pobres una gran oportunidad o una gran amenaza, una brisa fresca o un huracán violento”. ¿Acaso puede haber alguna duda de la catástrofe que ha sido para la humanidad un modelo que ha hecho insostenible la vida en términos económicos, sociales y ecológicos? Al señor Mike Moore, director de la Organización Mundial del Comercio, se le preguntaba ¿cómo concilia su pertenencia a la izquierda y su fe inquebrantable en la liberación del comercio? Moore responde: “Sepa, para comenzar, que detesto los formulismos dogmáticos. El análisis muestra que los países más abiertos obtienen los mejores resultados en términos económicos, sociales y humanos. La libertad es garantía de progreso. En las sociedades cerradas, los derechos del hombre, los derechos sociales y las normas ambientales, son menos respetadas. Naturalmente, no creo que con liberalizar solamente el comercio, como por arte de magia, se resuelvan todos los otros problemas

que aquejan al mundo pobre. Sin embargo, esto no impide que el comercio libre, juegue un papel clave en el desarrollo. Los gananciosos ahora, así lo muestran”.

¿No fue acaso Colombia uno de los países que aplicó en extensión y en profundidad la política aperturista? ¿Pertenece acaso al club de los gananciosos?

Con lo anterior, se ha querido mostrar la relación que la Ley 100 tiene con el proyecto globalizador, lo que éste ha influido en el desarrollo y la equidad sociales, en términos de salud para la humanidad. Es comprensible lo poco que se puede incidir desde la institución de salud, lo cual plantea inequívocamente la necesidad de construir escenarios que le den a la acción un mayor alcance y nos permita dejar de lado cierta postura de víctima que en la actualidad ha consolidado el ensimismamiento y antigregarismo del médico. Lo grave, después de todo, no es que estemos en frente de algo sobre lo que individualmente poco podemos hacer, sino que radica en que, lanzados a una suerte de tal naturaleza, hagamos tan poco colectivamente, en primer lugar, para comprender, y, en segundo lugar, para intervenir en una situación ciertamente compleja, pero a la cual también le asisten sus propias contradicciones y debilidades<sup>1</sup>.

---

1 Luis Jorge Garay Salamanca. *La transición hacia la construcción de sociedad*. Reflexiones en torno a la crisis colombiana. UNAULA 19, agosto de 1999. “Ello no quiere decir, que la globalización sea el único ni el más importante condicionamiento del proceso de construcción social en el país. Es más, la globalización capitalista neoliberal es susceptible de sufrir

## La biomedicina, un proyecto triunfante pero en crisis

Resulta pertinente preguntarse ¿en razón de qué al hacer médico se le califica de biomédico? Para responder a dicho interrogante es necesario reconocer que toda actividad humana está referida de manera obligatoria al cómo se conoce y cómo se interpreta lo existente. Se afirma que la época actual se caracteriza por el fenómeno de la conquista del mundo como representación<sup>2</sup>, lo cual, dicho de otra manera, es la lucha del hombre por alcanzar aquel ente que es capaz de dar la medida de todo y poner todas las normas. La razón, entonces, como la posibilidad de tal representación, comenzó, a partir de allí, a ocupar el lugar privilegiado que aún conserva. Bacon propuso la agenda para la ciencia al asignar al hombre la capacidad para domi-

---

serias transformaciones, ante la eventual exacerbación de contradicciones, conflictos y desigualdades entre distintos sectores de las sociedades en países desarrollados y en países del tercer mundo por la creciente exclusión de grupos de sus poblaciones que podrían llevar a erosionar el apoyo político y social al modelo globalizador vigente.”

2. Martín Heidegger. *La época de la imagen del mundo*. “Pero si el hombre se convierte en el primer y auténtico subjectum, esto significa que se convierte en aquel ente sobre el que se fundamenta todo ente en lo tocante a su modo de ver y su verdad. El hombre se convierte en centro de referencia de lo ente como tal.”

“El fenómeno fundamental de la Edad Moderna es la conquista del mundo como imagen. La palabra imagen significa ahora la configuración de la producción representadora. En ella, el hombre lucha por alcanzar la posición en que puede llegar a ser aquel ente que da la medida a todo ente y pone todas las normas.”

nar y controlar la naturaleza. Descartes aportó el método al proponer la separación entre la mente y la materia, la separación entre el sujeto y el objeto, y la reducción del fenómeno complejo a sus partes. Por medio de este método, se pretende entonces aprehender el hombre-objeto, esto es, que como ser viviente es posible comprenderlo a partir de la descomposición de sus partes, lo cual en la medicina moderna se explicita en la metáfora mecanicista que mira a los seres vivos como un texto escrito en el DNA, donde las líneas de causalidad son simples y lineales. Esta manera de conocer y de abordar el proceso salud-enfermedad es incorporada obsesivamente por la medicina de los albores del siglo XVII; es así como Thomas Sydenham inaugura la práctica médica moderna al establecer la primera clasificación de las enfermedades no sólo en categorías, sino la relación de tales categorías con un determinado valor predictivo. Con Laennec se da comienzo al método clínico moderno, el cual él mismo resumió en la solución de tres problemas, a saber: describir la enfermedad del cadáver de acuerdo con el estado de alteración de sus órganos, reconocer en el cuerpo vivo los signos físicos, en lo posible independiente de los síntomas y, finalmente, combatir la enfermedad basados en la experiencia. Para ello, el mismo Laennec, y con el propósito de prolongar como tentáculos los sentidos del médico para romper el aparente silencio de los órganos, inicia el uso de instrumentos (estetoscopio) con el fin concreto de precisar la alteración. Estas ideas se desarrollaron durante todo el siglo XVIII y parte del siglo XIX, particularmente con los descubrimientos de Pasteur y Koch. Es a finales del siglo XIX cuando toma forma la actual práctica mé-

dica caracterizada por centrarse en la enfermedad y la cura, comprometida en la tarea de encontrar las causas para tratar de moverse más en el campo de certezas que de incertidumbres. Ello tuvo como resultado inmediato, por razones del poder proveniente de ese saber capaz de determinar lo normal y lo patológico, un monopolio del médico y de la institución de salud sobre el cuerpo del paciente. Este poder, expresado como monopolio, tuvo implicaciones de fondo, de las cuales nos ocuparemos más adelante. Esto último se consolidó cuando el modelo probó ser exitoso y acentuó su papel predictivo, lo cual obnubiló el pensar y ocultó por un largo período sus debilidades, dificultando ostensiblemente para el médico percatarse de las dinámicas que le asisten a un mundo que jamás ha estado quieto.

Pero, propiamente, ¿dónde residen las debilidades que para algunos configuran una situación de crisis del modelo biomédico? La realidad es que dicho modelo viene siendo objeto de importantes cuestionamientos. Pacientes, sociedad, gobiernos y, parcialmente, la institución de salud participan de la idea de que las cosas no caminan bien y que el ambiente está impregnado de insatisfacción. Sin desconocer los éxitos alcanzados, aparte de que ya no hay tanta certeza del triunfo microbiológico y no obstante el triunfalismo suscitado por la identificación del genoma humano, a la institución de salud no sólo se le cuestionan sus crecientes costos, sus problemas de acceso y oportunidad sino, y ante todo, su deshumanización. Dicha deshumanización radica en el hecho de que, convertido el hombre en objeto de conocimiento, no se le ha asumido ni como humano ni como ser vivo.

Esto no ha sido ajeno a la consulta médica, pilar fundamental de la institución de salud. Dicha actividad ha sido transformada profundamente en su sentido y finalidad, no por un acto deliberado del médico, sino que, por su manera de conocer, hoy dominada por un proceso de tecnificación en extremo, ha conducido a que lo humano haya desaparecido prácticamente, en tanto la palabra, como posibilidad de relación, ha sido enmudecida para darle paso al dato, a la imagen. Por este camino, estaremos abocados a desaparecer por aquello que hoy mismo nos deslumbra y nos define: la técnica<sup>3</sup>. No es un mero ejercicio de ciencia-ficción pensar en un programa que, incorporando todos los conocimientos más actualizados en la evidencia científica, permita que el usuario de los servicios de salud obtenga, sin los obstáculos propios de todos los sistemas de salud de acceso y oportunidad, la autorización de unos exámenes y unos tratamientos “seguros y confiables”.

Este ambiente de insatisfacción, pero también un conjunto de hechos que son propios de la época, como desmontar el para-

---

3 Alberto Castrillón. *Los avatares contemporáneos de la medicina: elementos para un diagnóstico del presente*. “Con referencia al culto a la técnica biomédica, a su precisión, lo que va siendo inútil es la interlocución con el paciente, pero mucho más grave aún, lo que va siendo inútil es el saber biomédico y quizás, muy pronto, la práctica biomédica. Es decir, usted. Rindiéndole un culto irreflexivo al dato y a la precisión del dato usted está preparando su propia desaparición. Sólo nos resta esperar que para sus funerales ya se hayan inventado unos sabios robots que le rindan culto a su muerte y que muestren destrezas emocionales al momento de dar las condolencias.”

peto de la razón al relativizar los saberes y, de manera particular, la manera de conocer de la ciencia del siglo XVII, al abrirse camino una forma de situarse en lo complejo como condición de lo vivo, ha colocado en cuestión al médico, su poder y su monopolio. Ha emergido un paciente ilustrado que, como miembro de la sociedad de la informática, sabe más de su cuerpo, enriqueciendo el acervo explicativo de lo que le sucede. Hoy no sólo le disputan su status a la medicina otras medicinas y se reencarnan la brujería, el chamanismo y todos los esoterismos, sino también otros saberes, como la economía y, más tímidamente, las ciencias sociales, que quieren también opinar sobre las realidades del cuerpo.

Pero los problemas de la medicina como práctica social no paran allí. Las prácticas de la medicina como profesión han estado atravesadas por dos ideas: la vida y la muerte. Cada sociedad, con sus particulares construcciones culturales, ha formulado todo un cuerpo de creencias y de valores alrededor de tales ideas. No se puede ocultar que las religiones han tenido en ello un papel decisivo. El racionalismo y el desmonte de las cosmovisiones y los grandes relatos han colocado en aprietos a dicho cuerpo de creencias y de valores, hasta el punto de que, ante la dificultad desde lo laico para llenar este vacío, como la demanda de darle sentido a lo existencial, se reclame un volver atrás, un recuperar lo perdido. La estetización de lo cotidiano, la predominancia del goce como una manera de personalización y la formulación de proyectualidades de corto alcance como expresión de lo vital en el aquí y ahora, han posibilitado una manera distinta de entender la vida y la muerte. Dicha manera tiene

por qué repercutir en la salud como concepto, en la institución de salud y en la medicina como profesión, que no ha abandonado el papel de “prolongar la existencia”, y a cualquier precio. Mirado esto desde el punto de vista de la sociedad colombiana, donde circulan estas creencias y valores propios de la época y cuya inserción no ha dejado de ser problemática y donde también se vive un conflicto social que cada vez se degrada más en sus prácticas, adquiere dimensiones insospechadas que pueden ser fácilmente identificables a todo lo largo y ancho de la estructura social. Esto de alguna manera explica el porqué la salud no califique como prioridad, ni social ni políticamente, y nos encontremos frente a una valoración social que se traslada inevitablemente a quienes se mueven en el ámbito de la salud. Esta realidad no se podrá eludir, sino que será necesario reconocerla y asimilarla en todo lo que ello significa; de esta manera será posible comprender la movilidad que se viene dando en nuestro estatus, interpretado como pérdida de prestigio, de maltrato profesional, como afrenta a nuestra dignidad.

#### **El médico, en una encrucijada ética**

Se asume que la ética corresponde a aquella disciplina que se ocupa de la dimensión del deber-ser, en cuanto ofrece pautas normativas para la acción. Cuando se hace referencia a tal dimensión, nos alejamos deliberadamente de todo racionalismo, esto es, como la competencia de la razón para construir a priori un sistema de principios éticos. Se apela entonces a una *ética racional* a partir del hecho de que todo acto humano es contingente y singular, y que se gesta siempre de acuerdo con circunstancias únicas, a partir de las cuales sólo es po-

sible establecer un juicio sobre su bondad o su maldad, su justicia o su injusticia. Los actos se desenvuelven siempre en un ámbito de relación, esto es, con otro u otros, con una persona o con la sociedad, y un juicio de valor sobre ellos no puede establecerse al margen de dicho ámbito. Sin que de lo anterior pueda deducirse una postura proclive al relativismo moral, sí se admite la pluralidad de enfoques como algo que corresponde a la época, pero sin renunciar al establecimiento de criterios universales, aunque siempre abiertos como posibilidad de renovarse.

La medicina es una profesión que se mueve en el ámbito permanente de lo singular. El paciente, el usuario, o el cliente (según la nueva terminología), es ante todo un singular; por esto los actos médicos, que son de relación en su esencia, siempre estarán en un permanente estado de valoración, el cual, de manera sintética, resumieron Beauchamps y Childress en cuatro principios, a saber: no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. La ética es epidérmica a la medicina, es decir, lo más superficial pero a la vez lo más profundo, esto es, que todo acto médico está atravesado por el referente de que sus resultados se sitúen no sólo en su bondad sino en su excelencia. ¿Pero qué ha pasado en ese deber-ser de la medicina, en ese deber-ser de nuestros actos médicos que a diario se suceden en la institución de salud?

Se habla de encrucijada como aquel lugar que es cruzado por varios caminos; por analogía, se trataría de aquella situación compleja y confusa sobre la cual convergen más de una explicación, más de una causa, que paraliza la acción y confunde el hacer. La medicina ciertamente se encuen-

tra en una situación como la descrita. El proceso de globalización y una versión del capital, cimentada en el mercado como el agente regulador, han llevado a la medicina a convertirse en un negocio, lo cual constituye el hecho que más ha impactado a la profesión y que ha hecho reventar en mil pedazos la estructura de valores de la institución de salud. Aunque para algunos plantear reservas a la idea del lucro en las actividades de salud corresponda a rezagos de la moral católica, la realidad es que allí hay un claro desencuentro entre la lógica del capital, centrada en el logro de unas determinadas tasas de ganancia, y el horizonte trazado para la medicina de hacer no sólo el bien sino buscar la excelencia. A tal desencuentro es al que queremos hacer referencia. Toda estructura de valores se levanta a partir de unas finalidades concretas. Si la finalidad que le asiste a todo sistema de salubridad, como bien lo señala la Corte Constitucional en su sentencia 366 de 1993, es la de garantizar que cada "sujeto viva en condiciones saludables" para que le sea posible el desarrollo adecuado de su proyecto de vida, cuando el sistema coloca la racionalidad económica como la más explícita de sus finalidades, la orientación práctica de toda la institución de salud sufre un giro radical y, con ella, toda su estructura de valores. Esto es lo que ha sucedido con el sistema de seguridad social en salud colombiano, pues, por la fuerza de la más explícita de sus finalidades, el Estado coloca contra la pared, al calificarlo de ineficiente e improductivo, a todo el sistema hospitalario del país, sin importarles su cierre, y por las mismas razones, coloca al borde de la liquidación a la EPS más grande y más importante del Sistema, el ISS. El médico general es arrinconado y

sobornado por EPS e IPS, convirtiéndolo, más que en un agente de salud, en un agente de productividad. La ganancia, el lucro, el enriquecimiento fácil, la sostenibilidad económica, la viabilidad económica, la decisión médica cuadrículada en el protocolo que homogeniza al paciente, el paradigma de la evidencia médica que efectúa un relanzamiento de la simplicidad y de la certeza en la práctica médica, son palabras e ideas que hoy configuran toda una armazón para legitimar un hacer, unas decisiones, de tal manera que enfrente de otras ideas que apuntan a que cada individuo y la sociedad vivan en condiciones saludables, configuran todo un escenario de conflictos éticos con expresiones muy concretas en lo individual, en lo institucional y en lo público.

Miradas las cosas de esta manera, el panorama se abre y la tentación de lo simple y de salidas prácticas se desvanece. Ciertamente estamos, como ya fue dicho, frente a algo complejo que, por su amplio margen de incertidumbre, nos colocaría en un real estado de impotencia. Se ha intentado, a través de un recorrido por hechos como la globalización de la economía, la crisis del modelo biomédico y la encrucijada ética en la cual se encuentra la medicina, mostrar toda una gama de amenazas que se ciernen sobre una profesión y que, más que amenazas, ya son realidades en tanto ocupan un lugar a todo lo largo y ancho de la institución de salud. Con ello se ha intentado dar respuesta a las preguntas formuladas al comienzo de este ensayo, y quedaría por lo tanto pendiente la respuesta a una pregunta que es apenas obvia: ¿estamos condenados a tal suerte que nos ha deparado el destino? Por supuesto que tal interrogante sólo puede ser respondido por

cada médico en particular. No obstante se podrían proponer algunas hipótesis al respecto. De ser así, indudablemente estaríamos frente a una profesión sin esperanza alguna, a la espera tal vez de que ese mismo destino, y por efectos del azar, nos permita llegar a un mejor puerto o que quizás haga de la medicina que hoy se hace una pieza de museo, como de hecho hoy se nos presentan las medicinas que nos precedieron. De no asumirse de esta manera, nos encontraríamos ante el reto de entender plenamente la época que nos tocó vivir y comprender que las cosas existen porque hay circunstancias que las hacen posibles, y tales circunstancias pueden ser modificadas o inclusive crearse otras que permitan construir ese lugar mejor. Para la medicina, ese lugar mejor no es otro que un reencuentro con lo humano, reencuentro que es a la vez ético y político, de pronto más ético que político. Allí se configura un escenario de actuación que no es nuevo, pero del cual siempre hemos tomado distancia, y por el que hemos tenido que pagar un precio demasiado alto.

En el ámbito individual e institucional, lo ético y lo político adquieren materialidad en el modelo de gestión de las instituciones de salud y en el modelo médico. Provocar cambios en estos dos componentes tendría como único objetivo poner a la institución de salud y al médico a tono con sus finalidades, esto es, con su deber-ser. Coherente con el hecho de que la finalidad de todo sistema de salud, incluido por supuesto el colombiano, es que individual y colectivamente se viva en condiciones saludables, el médico debe a su vez reconocer que el acto médico es sólo una parte de tal finalidad, pero que lo otro no puede dejarse al garete y que ello exige sumergirnos

en lo social y en lo político. Es constituirnos como sujetos sociales conscientes, a los cuales nos atañe el rumbo de la sociedad y por lo tanto una responsabilidad directa en la construcción de opciones de mayor alcance político que vayan más allá de reivindicar la salud o la seguridad social, esto es, que se ubiquen en la perspectiva de consolidar un proyecto democrático para la sociedad colombiana, cuyo horizonte no sea otro que la justicia y la equidad.

¿Estaremos en la posibilidad de asumir este reto como gremio? ■