

La medicina: vocación o comercio...

Medicine: Vocation or trade...

Alfonso Noguera Aarón
Universidad de Cartagena
Alfonso.noguera@usa.edu.co

Cómo referenciar este artículo: Noguera Aarón, A. (2017). La medicina: vocación o comercio... *Verbum*, 12(12), 115-120.

Resumen

En este somero artículo de reflexión científica y humanística, se pretenden visualizar las dificultades históricas que muchos hombres tuvieron para forjar, con su empeño, una ciencia y un arte practicado sobre el mismo organismo humano, que permitiera el bienestar mental y corporal de sus congéneres. Pero que en Colombia, por algunas razones esbozadas aquí, en vez de ampliarse a la sociedad entera, se ha restringido progresivamente hasta llegar a niveles deshumanizantes muy preocupantes.

Palabras clave: abnegados, enaltecer, cargas prestacionales, contratos leoninos, malpractice, también mala práctica.

Abstract

In this brief article of scientific and humanistic reflection, it is intended to visualize the historical difficulties that many men had to forge with their commitment, a science and medical art practiced on the human being, that would allow the mental and corporal well-being of its congeners. But in Colombia, for some reasons outlined here, instead of being extended to the whole society, it has been restricted to the point of even denying it in dehumanizing levels which represents a great concern.

Keywords: selfless, to exalt, prestational loads, leonine contrats, malpractice, also known as professional negligence.

Recibido: Septiembre 20 de 2017

Aceptado: Diciembre 18 de 2017

Hasta principios del siglo XVI, la práctica médica fue consultiva de oráculos y sortilegios mitológicos, y estaba sumida en vaguedades científicas y mitos anímicos y esotéricos, más que al riguroso estudio etiológico de los sustratos orgánicos del cuerpo humano. Por milagrosa compensación de esos vacíos científicos, desde la antigüedad, la práctica médica se rigió por los postulados éticos y moralizantes de la filosofía, y por los aportes altruistas de Hipócrates y de Claudio Galeno, padres de la medicina occidental. Luego, en la Edad Media, sus manuscritos fueron la panacea de la medicina y, por mera tradición familiar, el oficio médico no se alcanzaba con el esfuerzo, la vocación y el estudio personal, sino por mera herencia se nacía para serlo.

Siglos después, con la aparición del método científico y del Racionalismo Mecanicista de Renato Descartes, y caído el telón oscurantista medieval, se abrió el camino de las ciencias, y entonces se alumbró aquella pléyade de anatomistas, clínicos, físicos y fisiólogos que consolidaron, con su vocación y desprendimiento, el arte y la ciencia de la medicina. Como siempre, fueron los artistas quienes generaron la onda creativa con su intermitente curiosidad. Leonardo da Vinci (Italia) hizo una minuciosa descripción ilustrada del cuerpo humano. Durero y Rembrandt (Holanda) hicieron grandes aportes a la anatomía gráfica. El primer libro de cirugía impreso en lenguas modernas, (alemán) fue el de Brunshwig, de Estrasburgo (1497).

Entre otros pioneros de estudiar y curar por ciencia está el belga Andrés Vesalio, precursor de la cirugía, quien escribió con ilustraciones

profusas su revolucionario libro *Córpore Humanis Fabrica*, vetado y condenado a muerte por la retardataria Inquisición católica de entonces. Paracelso, (Teofrasto Bombast Von Hohenheim), alemán, es considerado el padre de la medicina interna. Acertó en el incipiente tratamiento a la sífilis con sales mercuriales, por los años de 1525. Se dice que fue quien generó la divergente pugna extendida, aun a nuestros días, entre la Cirugía y la Medicina Interna; y tanto que a los cirujanos los llamaba barberos, y estos, a su vez, le llamaban “brujo”. Recordemos que ya en su milenario juramento, Hipócrates proscribió la práctica quirúrgica y se cuida en remitir sus pacientes a los barberos para evitar prácticas cruentas. Falopio, en 1561, publicó sus *Observationes Anatomiae*.

Silvio, gran profesor italiano, fue quien describió estructuras, venas y arterias del cerebro. Algunas regiones nerviosas llevan hoy su nombre. El inglés William Harvey, quien, con su primera monografía científica *Motus Cordis*, describió en hipótesis el hasta entonces misterioso funcionamiento cardiovascular. Se resalta la labor de Marcelo Malpighi, italiano, creador de la microscopía y de la histología, y de un coloso como el inglés Robert Boyle, padre de la química moderna. Baillon, médico francés, fue quien describió por vez primera la clínica de la Tosferina y el reumatismo articular.

Es de anotar que esta somera lista de preclaros individuos, es apenas la piedra angular de una pléyade de abnegados hombres que forjaron con su estudio a las ciencias de la salud. Después, vendrían otros galenos como Laenec, Pasteur, Freud, Claudio Bernard, Charcot, Fle-

ming y una rutilante estela de sabios y genios que enaltecieron la raza humana con su dedicación y empeño. (Ver Pijoan, *Historia del Mundo*, Cap. IV pp.203-216).

La paciencia, la abnegación y la experiencia pudieron más que el desengaño, el escarnio y la humillación a que, no pocas veces, fueron sometidos estos apóstoles de la ciencia médica. Pero esta búsqueda de ideales nobles para el mejoramiento de la calidad de vida del hombre, no fue ni fácil ni pronta; y, en efecto, durante toda la segunda parte del último milenio, el hombre no solo le ha ganado a la enfermedad y a la calamidad, sino que le ha disputado a la muerte muchas de sus seguras presas de otros siglos.

Quizás, alguna vez encuentre la mágica fórmula de prolongar el ansiado bienestar de la vida, cual un Ave Fénix que renace *ad infinitum* de sus propias cenizas, ahora con las clonaciones y la meristemía, pero en su espíritu lleva impreso el germen dicotómico del bien y del mal, al que debe elegir para continuar. Con todo, siempre encontrará que la vida humana no desemboca en un apoteosis de placer y de gloria, sino en la enfermedad, el dolor y la muerte, sin embargo tolerables gracias a la oportuna asistencia médica, y cada cual con sus propias formas de dolencias, tal como nos enseñan en las facultades de medicina, aquella célebre frase del eminente fisiólogo francés Claudio Bernard: “no hay enfermedades, sino enfermos” (Olivera Díaz, 2008).

Pues bien, de aquella abnegada vocación de vivir para servir a esta parte, hay distancias insalvables que reducen su recuerdo a la nostal-

gia. ¿Por qué el desmedro de la noble actividad de servir? ¿Por qué hemos perdido la mística de socorrer a los demás? ¿Acaso se ha invertido la pirámide de los valores hasta el punto de interpretarse como tontería el noble acto de consolar?. ¿Será que la voracidad mercantilista y sus modelos de vida superfluos e indolentes contribuyen a esta crisis de valores? ¿O es, quizás, que el Estado, el colombiano en nuestro caso, acostumbrado como está en darle migajas a quien más le sirve, ha pasado por alto que el asunto se empeora cada vez más? Se invierte mucho en defensa nacional, más las billonarias cifras perdidas en la corrupción, que la justa inversión en lo social, quedando como cenicientas las dos alas de la conciliación popular: la salud y la educación. Esto, a su vez, genera marginalismo e ignorancia, y, por supuesto, más descontento, recurriendo el problema por sus causas.

Hasta aquí el anverso humanístico del tema. Veamos algo de su reverso político. Aunque el anterior Sistema Nacional de Salud en Colombia, instaurado desde 1973, satisfacía algunas demandas del servicio de salud, a través de las Secretarías Departamentales, del Seguro Social, las Cajas de Previsión Familiar y la red pública de hospitales y clínicas, la corrupción administrativa, mediante los feudos políticos, muy pronto fueron invadiendo y saqueando su frágil sistema, hasta dejarlo en la bancarrota total y en la indigencia laboral de sus trabajadores.

Luego, en los años 80s y 90s, producto de la crisis económica de la época, algunos países de Latinoamérica, Chile y Colombia, influenciados por la banca internacional, FMI, BM y el BID, y el Neoliberalismo en boga, inician una serie de

cambios políticos, encaminados a pagar la deuda externa a expensas de la inversión social, y acaso creyendo sus gestores que el sector privado es mejor que lo público, se impulsa y surge en Colombia la polémica ley 100 de la Seguridad Social de diciembre de 1993, asimilando la salud pública como una simple mercancía, cuyos inversionistas obtienen ganancias pingües solo por ser intermediarios asistenciales, pasando la salud en los sectores populares, de una limosna pública, caso del lastimero hacinamiento en las puertas y las urgencias de los hospitales de “caridad”, a la ilusión de un derecho dispendioso y a menudo fatal, y una gran divergencia entre las ganancias de las EPS, y la salud pública; casi que diseñado para el lucro, por cuenta de la negación de la salud integral de sus afiliados.

Se generó un régimen inequitativo, complejo y muy proclive a la corrupción, y, por tanto, a la quiebra hospitalaria, pues los hospitales fueron transformados en Empresas Sociales del Estado (ESE), sus directores convertidos en gerentes y la salud en una mercancía transable, y deben subsistir por la venta de sus servicios a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y a los entes territoriales.

Eventualmente, podrían contratar también con el Régimen Contributivo, a su vez, también afectado por el desempleo endémico, la creciente informalidad laboral y la falta de aportes a dicho sistema; pero este, saltándose lo decretado en dicha ley, contrata, de preferencia, con el sector privado para satisfacer los monopolios económicos implicados. Con todo, la debacle hospitalaria procede, sin embargo, de la corrup-

ción administrativa pública: Convenios lesivos para pactar con los entes territoriales, municipios y departamentos, y cancelar dos o tres veces menos de lo que se les factura, resultando una vena rota para las finanzas de cualquier hospital.

Esto, a su vez, genera un déficit presupuestal que precariza la estabilidad laboral e impide la justa cancelación salarial y prestaciones sociales a los trabajadores de la salud. Además, el incumplimiento de la deuda a los proveedores, para la compra de insumos y mantenimiento de los equipos biomédicos, hace más torpe la rentabilidad financiera que deja exangüe las finanzas hospitalarias. Aún más, los desgreños administrativos, nóminas paralelas y sus pesadas cargas prestacionales, desvíos y apropiación de recursos, contratos leoninos, favores políticos, obras superfluas e inoficiosas, onerosos embargos, sobrecostos en la compra de insumos; y, sobre todo, el saqueo permanente por parte de las directivas, con la complacencia de los órganos de control (las decorativas ías), hacen de la salud pública en Colombia una vergonzosa piñata de corruptelas. Hay muchos estudios sobre ese tema, pero solo me referiré a una expresión de la doctora Marcela Vélez: “Los organismos de control en Colombia no tienen dientes para castigar a los corruptos” (Marcela Vélez, *El Espectador*, 29 de febrero 2016).

He ahí, en parte, el comercio y mercantilismo de la medicina. Todo esto ha conllevado al cierre inminente de muchos hospitales, acarreado en sus procesos de liquidación más desempleo, crecimiento de la informalidad laboral y frus-

traciones indecibles, como lo son la cesación laboral de trabajadores *ad portas* de la pensión, que ya no encontrarán un nuevo empleo ni se pensionarán por simple carencia de aportes. Los nuevos empleados del sector de salud pública, y aún del privado, quedarán con sueldos irrisorios, remuneraciones arbitrarias y vinculaciones laborales laxas, trabajos extenuantes, inversión de la mayor parte del tiempo de la consulta médica en llenar historias clínicas mecanizadas, base de los soportes para la preciada facturación, deshumanizando más la relación médico-paciente y pérdida de la autonomía médica; y todo para complacer los intereses particulares de los señores “empleadores”.

Ante tan inestable como escaso ingreso laboral *per cápita* y a la cada vez más alta edad pensional, impuesta por los insaciables monopolios económicos, al cabo de algunos años, muy pocas personas se pensionarán en Colombia.

Para terminar, el Estado, sin consultar con una real necesidad de la atención médico-asistencial de la población vulnerable, y saltándose su propia ineptitud para controlar el pregrado y fomentar nuevas profesiones puntales del desarrollo económico, condenó a muchos médicos generales a devengar sueldos pírricos, y canalizó hacia las entidades privadas a los pocos especialistas que, con grandes esfuerzos, estudiaron, en muchos casos, en el extranjero.

En efecto, las facultades de medicina han pasado a ser, de siete, que había en los años sesenta, a 23 en los noventa, y unas 60 en los dos mil, con un promedio de 5.000 o más médicos

anuales, de los cuales menos del 5% ingresa al postgrado. El resto migra hacia Centroamérica, México, Brasil, Argentina o donde sea, para buscar la consolidación de sus ilusiones académicas cada vez más remotas. A su regreso, ese ejército de colegas encuentra que no hay dónde laborar con dignidad, porque, sencillamente, no hay planificación en el pregrado ni menos en el postgrado. La población desocupada o subutilizada en las ciencias de la salud es ya elevada, por mera desplanificación; y sumemos, a todo esto, que los muy escasos puestos rurales para practicar el servicio social obligatorio están completamente politizados, o restringidos a la libre demanda de egresados; y, además, existe una difícil penetración al campo, debido a nuestra compleja geografía y al conflictivo ambiente rural que vivimos, y carecemos de estímulos económicos que compensen el riesgo o la incomodidad en los lugares más apartados e insalubres.

Ante lo cual, y dada la creciente magnitud del problema, ha nacido la piratería médica en todos los sectores, con una clandestina práctica médica y un arbitrario abuso tarifario asistencial. La salud se subasta como una mercancía al más fuerte en lo financiero; y muchos comerciantes aprovechan las insuficiencias implementarias y organizacionales del sector oficial, parasitado por varios agentes, como ya se dijo, para derivar a sus pacientes hacia sus lujosas clínicas privadas.

De modo que ante el irrisorio sueldo, el laxo vínculo laboral de los trabajadores de la salud y su concomitante tentación de caer en prácticas *non sanctas*, la escasa cobertura médica oficial,

la precaria implementación y cierre de los hospitales públicos, la muy baja tasa del ingreso al postgrado, y, sumado todo esto, al nuevo reto de salir ileso en la avalancha de tutelas, procesos judiciales, demandas por *malpractice*, y a la cacería de brujas que, por su lado, la sobrepoblación de abogados le hace al gremio de los médicos; bien lo advierte el doctor Fernando Sánchez Torres, (...) “al tiempo que el médico ha perdido estatus frente a la sociedad, su responsabilidad ante los estrados judiciales se ha incrementado”. Por lo tanto, es urgente que se diseñen nuevas estrategias gubernamentales, para encaminar la ciencia de Hipócrates y de Galeno por los senderos de una praxis humanística que jamás ha debido claudicar ante los provocadores ostentos de la codicia y la vanidad; y, al contrario, debe evolucionar a las esferas más altas del altruismo, de la cooperación y del amor, destinos superiores del espíritu humano.

Referencias bibliográficas

- Álvaro Olivera Díaz (2008). *Bioética en la Educación Médica*, p.109. Universidad de Cartagena: Editorial universitaria.
- Fernando Sánchez Torres (2017). Bendición Necesaria. *El Tiempo*, 30 de marzo de 2017.
- Marcela Vélez (2016). *El Espectador*. El Sistema de salud en Colombia no es Equitativo. 29 de febrero de 2016.
- Pijoan (1963). Historia del Mundo, capítulo IV, Comienzo de la Moderna Biología. De Vesalio a Boyle, pp.203-216. octava edición, Barcelona, España: Editorial Salvat S.A.

Sánchez Torres