

¡Humanicemos al internista! El compromiso es de todos*

HERNÁN TORRES IREGUI • SANTA MARTA

Cierto día, hace unos meses, recibí una llamada telefónica. Se trataba de una queridísima amiga, compañera de congresos y juntas directivas en la Asociación Colombiana de Medicina Interna.

—Qué ha sido de usted? ¿Por dónde anda? ¿Cómo le ha ido en esta vida?

—Me preguntó con una voz suave, que tardé solo un segundo en reconocer.

La pregunta me sorprendió.

Me sorprendió el que, aparte de mi familia, alguien aún sintiera curiosidad en mis andanzas, que aún fueran interesantes mis últimas experiencias y que las emociones, que ahora ocupan mi vida, quizá no sean solo añoranzas sino vivencias dignas de ser contadas.

Me sentí otra vez valioso.

Pero aquella voz todavía tenía otra pregunta:

—¿Por qué no se hace cargo de la *Conferencia Lombana Barreneche* en el próximo Congreso de Medicina Interna?

Antes de contestarle tuve que tomar asiento. Alcancé a darme cuenta de que la oferta entrañaba una enorme responsabilidad. Intenté declinar el inmerecido homenaje que me hacía la presidenta de la ACMI, pero terminaron seduciéndome mi vanidad y el deseo de compartir algunas ideas con el más selecto auditorio de médicos colombianos. Por eso estoy aquí, entusiasmado, con el deseo de honrar al profesor Jose María Lombana Barreneche, paradigma de la medicina interna colombiana.

Desde que acepté la distinción comencé a buscar un argumento que lograra cautivar a una audiencia tan respetable. A pesar que me hubiera gustado evocar a alguno de los grandes maestros de nuestra medicina interna preferí no hollar los vericuetos de la historia y dejarles ese placer a mentes más eruditas que la mía. Elegí, más bien, revisar un tema al que pudiese aplicar un enfoque optimista y pedagógico, considerando que en este auditorio se sentarían jóvenes médicos dispuestos a escuchar el consejo de un viejo profesor. Tras escudriñar entre mis inquietudes tropecé con un asunto que de tiempo atrás me perturba. Es perturbador porque cada día es de mayor actualidad en Colombia, convirtiéndose en un verdadero reto para todos nosotros.

Es un tema que me desafía, obligándome a expresar mi opinión personal sobre su naturaleza; lo que haré en el derecho, y en la obligación, de hablar de lo que quiero y de lo que me duele. Además, he de hacerlo ahora porque no lo hice 15 años atrás, cuando todos presentimos que surgiría como resultado de la Ley 100, que apenas se veía como un presagio de tormenta en el horizonte. Ese tema es el de “la deshumanización del internista”, al que yo no vacilaría en equiparar con el de “la mediocridad del internista”. Inconcebible en una disciplina como la nuestra y paradójico, porque ha surgido precisamente en la era de los más asombrosos avances tecnológicos.

Desde 1993 hasta la fecha (tomando el lapso como una simple referencia) las innovaciones en salud han sido inimaginables; pero su impacto ha resultado contradictorio. Parecería como si existiese, en verdad, una “*ley inversa de la salud*”: “cada día tenemos más expertos y sin embargo, más problemas; tenemos más medicina, pero menos salud”. Exceptuando la prolongación de la existencia, los demás parámetros son desfavorables. Es decir, que “hemos agregado años a la vida, pero no vida a los años” como dice la canción... Se ha multiplicado la investigación y las herramientas del médico son cada vez más aguzadas, pero se ha exagerado la morbilidad de sus actos y van en aumento sus errores; se desbordaron los costos de la salud, pero ahora es abrumadora la insatisfacción de los usuarios; y, además, sorprende la mayor incidencia de estados nosológicos específicos

* Conferencia Lombana Barreneche, dictada el 17 de octubre de 2006 durante el XIX Congreso Colombiano de Medicina Interna, Cartagena de Indias, 16 al 19 de octubre de 2006.

Dr. Hernán Torres Iregui: Profesor de Medicina, Cartagena, Octubre 2006

Recibido: 17/10/06 Aceptado: 01/11/06

Acta Med Colomb 2006; 31: 427-432

como el cáncer, la diabetes tipo 2, la obesidad, algunas enfermedades infecciosas, entre otros.

Esta paradoja aparece como un fantasma en todos los rincones, sorprendiendo inclusive a los países más desarrollados. Hoy, tenemos que aceptar que la enfermedad no ha sido controlada. Tal vez, porque la enfermedad, al igual que la necesidad, dimensiones inherentes a la naturaleza humana, no son susceptibles de ser reducidas ni controladas solamente por medio del progreso científico y tecnológico. Ni siquiera han tenido éxito los ambiciosos programas de salud de los países más poderosos. El ser humano es cada vez más necio, y ahora venimos a darnos cuenta de que, también, cada vez está más enfermo.

¿Pero qué decir de lo que nos ocurre en Colombia? Si está tan mal la salud de los ricos, ¿cómo estará la de los pobres?

No se me escapa que las causas de la aparente paradoja son múltiples y que en nuestro medio, la mayoría de las veces, son consecuencia de la ineficiencia y corrupción del sistema general de salud. Pero la mala calidad de la salud de los colombianos, también se debe al deterioro de la calidad humana de los médicos. Como creo necesario primero reconocer nuestros propios errores intentaré analizar someramente algunos de los defectos del internista actual en Colombia.

Empezaré por construir un marco de referencia, expresando mi opinión personal acerca de tres pecados relevantes que tendremos que exorcizar, si pretendemos ahuyentar de nuestra profesión los demonios de la deshumanización y la mediocridad:

1. La carencia de incentivos para mejorar la calidad de la medicina, que ha terminado anulando la sana competencia entre profesionales, y entre instituciones.
2. La ingenuidad de algunas escuelas que desconocen la realidad de la salud en Colombia.
3. La lamentable separación que cada vez distancia más al médico de sus pacientes. En parte causada por el mismo sistema, pero también favorecida por la inercia y negligencia de nuestros colegas.

Después de analizarlos, me arriesgaré a proponer dos estrategias orientadas a mejorar la calidad y a evitar la deshumanización de la medicina. La primera, empleando racionalmente “*índices de calidad*”, como mecanismo para estimular la sana competencia en los niveles de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del ser humano, que debe ir unida con la autonomía de los pacientes a la hora de elegir a sus proveedores de salud. Y la segunda, con la organización de un sistema de salud orientado al paciente, como ser humano pero con su propia colaboración.

La carencia de incentivos de superación

El principal lastre de la medicina actual es su mediocridad, no su bajo presupuesto. El Estado colombiano invierte en la salud más del 10% del PIB desde hace años. Si bien

serán necesarios más recursos para financiar todo el régimen subsidiado, los defectos actuales de todo el sistema no dependen de la falta de dinero provisto por el Estado, sino de los exiguos recursos que finalmente llegan a las IPS. Tal como están las cosas, la venalidad endémica en todos los niveles y la intromisión del intermediario ventajista terminarán devorando todos los recursos antes de que lleguen a los pacientes. En su inútil y estúpido intento por reducir los costos, la intermediación ha logrado contrarrestar la sana competencia entre los proveedores, buscando únicamente aumentar sus utilidades. Los profesionales y las instituciones de salud han llegado a la triste conclusión de que no se justifica esforzarse por mejorar su calidad, pues saben que los retribuirán de igual manera en todos los casos. Además, las aseguradoras, con la libre integración vertical de sus EPS, detentan un cruel monopolio que terminó anulando la sana competencia entre profesionales y entidades prestadores de servicios.

Todo ser humano debería sentirse motivado para alcanzar el éxito. También el médico y por supuesto el internista. Pero no como la obsesión maníaca por atesorar dinero, sino como una mejor retribución a la labor médica honesta y eficiente. Yo creo que el impulso más eficaz hacia la superación, en cualquier empresa que acometamos en la vida, es el anhelo de triunfar. El deseo ferviente por alcanzar la meta. Si no existiese esa corona de laurel, con la que se ciñen las sienes al campeón, probablemente sería igual llegar a la meta de último que de primero.

Si trasladamos este concepto de superación a términos de mercadeo, podríamos decir que es necesario estimular la competencia. La falta de competencia entre los diversos proveedores de salud (léase médicos e instituciones) conduce a una baja calidad del producto (léase mala medicina) y perjudica al consumidor (léase paciente). Esto es lo que estamos viviendo en la medicina colombiana y es lo que debemos tratar de cambiar.

Pero... ¿Qué considero yo buena calidad profesional en un médico clínico?

Para mí, la calidad del médico se traduce en la capacidad de resolver los problemas de salud a sus pacientes, dándoles seguridad y cariño en todos los casos. Lo contrario sería aceptar que el éxito de una estrategia de salud se traduce sólo en la expansión de su cobertura, lo que en nuestro medio ha llegado a convertirse en el negocio de la carnetización dolosa, sin tener en cuenta su verdadero impacto en el control de la enfermedad. Es decir, sin tener en cuenta su calidad.

Me resisto a aceptar un escenario en el cual el futuro que se proyecte ante los ojos ilusionados de nuestros jóvenes colegas, sea el de la mediocridad. No tiene sentido que el joven internista termine percibiendo que no existen incentivos para ser mejor, que lo único que le ofrece el actual sistema de salud —con la complicidad de la ley, la indiferencia de sus colegas y la inercia masoquista de los pacientes—, sea un puesto de hormiga laboriosa, útil solamente para enriquecer a los intermediarios.

Quisiera persuadirlos a ustedes –todos–, de intentar devolverle a la medicina interna su condición de disciplina indispensable y al internista su sitial de líder insustituible.

Pero ustedes me preguntarán, también con justa razón:

—¿Cómo haremos para convencer a un sistema de salud desorientado, que delegó sus funciones en manos de negociantes poderosos, capaces de evadir las leyes y de evitar que el Congreso las perfeccione, que los verdaderamente necesarios son los médicos y las instituciones que ofrezcan un servicio de calidad y con calidez humana, en beneficio de los pacientes?

Tendremos que encontrar la forma de convencer al Estado y a los proveedores de servicios de salud, que a todos nos conviene honrar la nómina con profesionales que garanticen calidad y seguridad. No nos olvidemos que en gran parte, los males que nos acongojan, se han venido precipitando sobre nosotros precisamente porque no pudimos, o no quisimos, participar activamente en el diseño del Sistema Nacional de Salud, sino que, negligentes y masoquistas, permitimos que otros lo hicieran por nosotros.

Esta es nuestra última oportunidad.

De lo contrario se nos acabará la verdadera esencia de la profesión y se aumentará el dolor de nuestros enfermos.

La triste realidad de la medicina colombiana

Sorprende el desconocimiento culposo que hemos tenido los médicos académicos acerca de la realidad de la medicina colombiana. Voy a contarles mi propia experiencia.

Cuando después de 35 años de obcecación académica decidí jubilarme me refugié en una pequeña ciudad ardiente del interior en donde, a ratos, atendía pacientes de medicina interna en mi consultorio. Además, me encargué del área clínica en el hospital regional. Aplacé por algunos años más la decisión de colgar el estetoscopio; pero rápidamente tuve que aterrizar. Allí, sorprendido me tropecé de sopapo con *la verdadera medicina colombiana*.

El gerente del hospital regional, mi inmediato superior, era un médico general bien intencionado (por ahora no divulgaré su gentilicio). Me recibió con la siguiente admonición:

—“Doc, acá tiene que cargá ladrillo y trabajá como los otro galeno”.

Traté de hacerle ver que mi vinculación a esa institución sería muy benéfica por mi experiencia docente, y le propuse inaugurar un programa de prevención de infecciones y otro de control de factores de riesgo cardiovascular; pero no lo convencí. Para aquel doctor no tenía valor nada de lo que yo le proponía. Pensaba únicamente en cómo resolver la gran demanda de servicios de su hospital; y como todos los administradores de salud en Colombia, sólo pensaba en la medicina curativa. Consideraba la prevención de enfermedades un gasto suntuario. Me interrumpió, y dijo cortante como para que me saliera pronto de su oficina:

—“¡ Echee, esa son pura bobaá...!

Por su jerga ustedes ya pueden suponer de dónde procedía aquel doctor. Pero sus coterráneos no se ofendan conmigo, viéndolo desde su particular punto de vista, tenía toda la razón.

El desánimo inicial pronto se me agravó con otra dolencia inesperada. La impotencia. Pero esta disfunción no tuvo paliativo ni con píldoras. Me la produjo la carencia absoluta de interés científico de los otros médicos del hospital. Los pobres tenían que atender a seis pacientes cada hora en la consulta externa y evolucionar a veinte hospitalizados cada uno. Cuando salían rendidos por la tarde, todavía tenían que continuar prestando turno en urgencias en una clínica privada, para cuadrarse un sueldo con qué pagar la cuota del carrito, la educación de los hijos y para ahorrar algo con qué vivir cuando lograsen por fin ser aceptados en algún posgrado en la capital. ¿Cómo iba yo a convencerlos de que asistieran a la revisión de historias clínicas o a una charla sobre factores de riesgo?

Constaté que, en la actualidad, la principal causa del escaso interés académico del médico es *la falta de tiempo*. Al internista de hoy le hace falta tiempo para estudiar, para actualizarse y, lo que es aún peor, para atender debidamente a sus pacientes. ¿Por qué?

Porque está mal remunerado y tiene que rebuscarse. Y está mal pagado simplemente porque es el eslabón débil de la cadena. El Estado ha extendido la cobertura, lo que es bueno; pero las IPS y EPS lo hacen sobre las costillas del “médico hormiga”, quien se ve ante la ineludible necesidad de responder con más trabajo a la mayor exigencia; y como no tiene tiempo suficiente, ni le pagarían horas adicionales, ha llegando al extremo de convertirse en cómplice del engaño a los enfermos, despachándoles a la bartola fórmulas y remisiones sin examinarlos. Mejor dicho, lo que alcance a hacer en 10 o 15 minutos. Es la medicina deshumanizada del peloteo, que en todas partes sólo ha conducido al aumento de los costos. Y al aumento de la morbilidad. Porque tenemos suficiente evidencia de que a más médicos participantes en un caso, así sean los mejores especialistas, mayores los riesgos y la morbilidad.

Y escaseaba el dinero en aquel hospital regional. Solo a veces llegaban los recursos, porque las ARS vivían en mora, o se hacían las renuentes a cancelar sus deudas escudándose en la costumbre de glosar sistemáticamente las facturas. Con frecuencia no había para comprar sábanas, ni papelería para las historias, tampoco algodón, ni alcohol, ni mucho menos medicamentos. Tres semanas de cada mes, mientras se hacía algún abono para apaciguar a los innumerables acreedores carecíamos de reactivos en el laboratorio, placas de rayos X y demás elementos esenciales para curar enfermedades. En cambio, abrigado en un formidable recinto, descansaba el máximo orgullo del gerente del hospital: un “cipotudo aparato de tomografía axial computarizada”. Según el letrado reluciente, incrustado en la losa de mármol de la entrada, el soberbio paquidermo había sido donado por el eterno gamonal del pueblo, cuya fotografía reconocí entronizada en la oficina del director.

El gerente de aquel hospital había sido nombrado exclusivamente por razones políticas; ni siquiera era nativo de aquella región. Y, naturalmente, no poseía experiencia administrativa. A pesar de que derrochaba buena voluntad y había tenido que aceptar la participación de varios asesores de la Secretaría de Salud, su gestión era precaria. A este pobre gerente no le llegaban oportunamente los recursos; y cuando le llegaban, no sabía cómo distribuirlos para atender las mil miserias de su hospital. Además, no sabía cómo comprometer a su personal, porque no tenía liderazgo.

Así se han tenido que cerrar muchos hospitales. ¡Qué tal!

Pero hay muchas instituciones que son excepciones notables: el Hospital Pablo Tobón, el Hospital San Rafael, la Fundación Cardioinfantil, el Hospital El Tunal, el Hospital Imbanaco, la Clínica Valle del Lili, la Clínica Ardila Lülle... y muchas otras.

O sea que sí se puede. ¡Salvémoslas todas!

La deshumanización del médico y la medicina

El poco tiempo dedicado a los pacientes es una de las causas de la deshumanización de la medicina; pero hay otras.

En síntesis, cualquier circunstancia que impida que el acto médico cumpla su función primordial de satisfacer las necesidades de los enfermos, como seres humanos, conduce a la deshumanización de la medicina. Unas veces por factores externos al médico y otras, por su propia negligencia. En este caso, es él quien se deshumaniza.

Uno de estos factores, que no quiero dejar pasar inadvertido, es el arrobamiento que aturde a algunos médicos modernos por los androides que les hacen los diagnósticos; y la percepción esnobista de que el ejercicio elegante –y “chic”– de la medicina va de la mano con la tecnología. Es el “tecnofanatismo” de algunos jóvenes profesionales.

Pero los invito a que me sigan acompañando en mis postrimeras aventuras de médico colombiano.

Admito que durante el tiempo que permanecí en aquel hospital de una pequeña ciudad en las riberas del Magdalena también gocé de momentos felices. El secreto estuvo en que empleé, en la práctica diaria, aquellas enseñanzas teóricas de cuya importancia había insistido tercamente a mis discípulos. Y, ¡oh sorpresa!

Acerté con increíble frecuencia en mis diagnósticos y curé a muchos enfermos.

Con sólo hablarles y escucharlos, los aliviaba. Si tomaba de la mano a una viejecita agonizante, ella parecía respirar con mayor tranquilidad. Si reíamos con el paciente de alguna circunstancia graciosa, él salía menos doliente –y también alegre– del consultorio. Varias veces terminé consultas en las que el enfermo salió satisfecho sin decirme a qué había venido, porque a lo que venía era solamente a que lo escuchara. Y no es que yo estuviera haciendo milagros, sino que muchas veces las mayores dolencias del hombre están en el alma. Además, las enfermedades graves mejoraban con

increíble facilidad. Esas viejecitas con insuficiencia cardiaca, erisipelas y neumonías, que llamábamos “refractarias” en el hospital universitario, reaccionaban en poco tiempo en el hospital de provincia, sólo con algunas píldoras de ampicilina o furosemida, o con unos frascos de penicilina que yo lograba obtener de los exangües anaqueles de la defraudada farmacia. ¡Nunca me lo hubiera imaginado!

Entonces comprendí que había descifrado el enigma que siempre me desvelaba: *el resultado exitoso del acto médico no depende tanto de la tecnología y de las innovaciones terapéuticas, como de la cercanía y comunicación del médico con su paciente*. Creo que no bastará la ciencia para garantizar la salud. La deshumanización y baja calidad de la medicina contemporánea son la consecuencia lógica de la pérdida de contacto entre el médico y los pacientes. Esforcémonos por lograr la aproximación juiciosa entre las innovaciones tecnológicas –sin duda maravillosas– y el ejercicio personalizado de la medicina. No nos olvidemos de escuchar al paciente con nuestros oídos y con el fonendoscopio, antes de enviarlo al laboratorio.

Algunos de ustedes podrán acusarme de invalidar la tecnociencia, de ser “tecnocatastrófico”, de nostálgico del segundo ruido. De añorar el pasado. Eso no es verdad. Soy un convencido de que la ciencia no dejará nunca de ser protagonista en la medicina. No obstante, no olvidemos que el arcaico sigue siendo el paciente. Él es el mismo de siempre. Y continúa, aun hoy, dolorido y enfermo, esperando a que le escuchemos sus quejas y a que –con cariño– le aliviemos el sufrimiento.

Pero todas estas divagaciones, tal como van las cosas, son sólo palabras. El internista que yo añoro pareciera haberse quedado perdido en el recuerdo. Como una vetusta obra maestra, digna de ser admirada sólo por sus nietos en algún recóndito museo de la historia.

Esta tarde quiero proponerles a ustedes que no dejemos desaparecer al internista, que recordemos que dentro de nosotros está grabada su verdadera esencia. Ser internista no es el resultado de la oportunidad. Es una vocación. Una vocación que me conmocionó a mí, que es parte esencial de todos ustedes; y que todavía enorgullecerá a muchos otros en el futuro.

Pero voy a dejar ya de repetir nostalgias. Quiero, más bien, honrar estas añoranzas con propuestas concretas hacia el futuro.

Para conseguirlo, habremos de contar con cuatro condiciones, inexistentes en este momento.

Primera, que el Estado reaccione, convenciéndose de reorientar el rumbo extraviado del sistema de salud.

Segunda, que el Congreso, o en su defecto el mismo ejecutivo, obligue a las entidades aseguradoras a proveer un servicio en el cual predomine la seguridad de los pacientes sobre la rentabilidad; y si esto resultare imposible, que el ejecutivo adopte la decisión de eliminar la intermediación.

Tercera, que los mecanismos de control y supervisión, actualmente inoperantes, vuelvan a ser realmente eficaces,

exigiendo calidad y seguridad a los prestadores de servicios de salud.

Y *cuarta*, que los pacientes –como objetivo de todo el sistema– acepten la responsabilidad de coparticipar activamente en la solución de sus propios problemas.

Permítanme explicar rápidamente estas dos últimas estrategias.

El empleo de los índices de calidad

Debemos exigirle al gobierno que no se preocupe únicamente por ofrecer una amplia cobertura, sino también por garantizar una atención médica de buena calidad.

¿Pero cómo medir la calidad?

Antes, el médico era calificado por su habilidad diagnóstica (el “ojo clínico”), sus predecibles resultados terapéuticos y por el grado de empatía que comunicaba a sus pacientes. Estos ingredientes le daban la posibilidad de alcanzar notoriedad, consiguiendo más o menos clientela y mayores o menores ingresos. Hoy tenemos que identificar estos mismos parámetros positivos, con mediciones modernas y objetivas basadas en la evidencia, y agregarles algunos índices negativos que han surgido de la misma complejidad actual del acto médico: *la morbilidad física y económica durante el proceso de diagnóstico y tratamiento* y hacer énfasis en la medicina preventiva, incluyendo la medición de la habilidad de cada médico (y/o institución de salud) para prevenir o posponer enfermedades. Por último, como un buen servicio posventa, medir la disponibilidad de una buena consejería integral, con el acceso a los controles necesarios tras haber atendido un evento patológico.

Es decir, que debería medirse el impacto en general de todo el sistema y en particular de los profesionales e instituciones, sobre la prevención, la curación y en el seguimiento de las enfermedades que amenazan a los colombianos.

Estas mediciones evaluadas con justicia y objetividad harían sentir en el médico la necesidad de superación y lo incitarían a perfeccionarse. A pesar de que su salario, justamente valorado en un plan objetivo de tarifas mínimas, no alcanzara a incrementarse en la misma proporción que la calidad de sus servicios, este profesional encontraría los estímulos que justifiquen su esfuerzo por mejorar. Es la forma correcta de estimular la sana competencia.

Pero para que esta estrategia funcione, los resultados de la medición de los índices de calidad tendrían que divulgarse. Las calificaciones deberían ser conocidas como puntajes de seguridad por los pacientes. Y éstos, con la condición de poder escoger libremente a sus instituciones y a sus médicos, premiarían a unas y otros, escogiéndolos o no según su desempeño. Así, los administradores de la salud podrán seleccionar a sus profesionales y asignarles honorarios acordes con su calidad, pues por fin entenderían que las empresas obtendrán mayor rentabilidad si sus médicos diagnostican mejor, previenen las enfermedades antes que aparezcan o se compliquen, y las curan con mayor prontitud si se presentan. Además, sus usuarios estarían satisfechos,

y no tendrían necesidad de quejarse ni de interponer exigencias y tutelas innecesarias. Por otra parte se reducirían dramáticamente los costos.

¡Todos saldríamos ganando!

Pero todavía algo me preocupa. Es la posibilidad de que si este sistema llegara a materializarse, algunos colegas terminen ofreciendo un triste espectáculo. El de unos grupos de médicos mediocres, respaldados por sindicatos, laboristas y demagogos, y azuzados por las mismas EPS en que laboran, marchando por las calles en protesta por la vulneración de sus supuestos derechos laborales. Podría ocurrir que aparecieran algunos colegas inconformes cuando se les lleguen a exigir requisitos mínimos de calidad y capacitación, títulos de recertificación, etc... para garantizar su idoneidad en el ejercicio de la profesión.

La asistencia médica centrada en el paciente

El acto médico, y por lo tanto la medicina, se compone de dos elementos insustituibles e inseparables: *el médico y el paciente*. Por eso, los problemas de salud los deberíamos resolver los médicos, pero siempre basados en las necesidades de los pacientes, identificados –repito– como seres humanos dolientes, y no sólo como cuerpos enfermos.

Y para sintonizarnos con este enfoque de la asistencia médica, debemos recordar que a los pacientes les asiste el derecho a la vida y a la salud. Tienen todo el derecho de exigir una medicina humanizada. Una medicina que los trate como a seres humanos. Pero las decisiones que afecten el cuidado de su salud deberían adoptarse de común acuerdo entre médico y paciente.

El paciente, o los entes que velen por su bienestar (Superintendencia de Salud, Defensoría del Pueblo, Asociación de Consumidores, agremiaciones científicas, representantes de asociaciones étnicas y otros), deberán saber quiénes y con qué idoneidad se encargarán de resolverles los problemas a sus protegidos. Deberían tener a su disposición los cuadros de calidad de las aseguradoras, los puntajes de seguridad de hospitales y clínicas, y la clasificación de los médicos y demás personal de las instituciones involucradas.

Pero al mismo tiempo, los pacientes tendrían que aceptar la indelegable obligación de velar por su propio bienestar. La Constitución del 91 le permitió al individuo exigir del Estado la satisfacción de sus derechos fundamentales; pero cuando se habla de ellos, nunca se menciona el artículo 49 que dice: “...*toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad*”.

Los pacientes deben ayudar a sus médicos y a sus instituciones a protegerlos, protegiéndose ellos mismos, hasta donde les sea posible, de los factores que los amenazan. Los obesos, los diabéticos, los que trabajan o viven en mayor riesgo, etc...deben aportar su esfuerzo y colaboración para prevenir las consecuencias de sus rasgos epidemiológicos. No es concebible que mucha gente no se vacune aunque se les ofrezca el servicio gratuito; pero sí exijan los medica-

mentos experimentales que supuestamente necesitan. No es lógico que algunos pacientes diabéticos interpongan tutelas para que se les autorice un trasplante de páncreas y riñón en otro país, cuando nunca hicieron nada por controlar su enfermedad. No es justo que los jueces sancionen instituciones por haber fracasado en la atención de usuarios que acuden a ellas tardíamente, después de haber transitado inútilmente por consultorios de yerbateros y brujos. Estos son sólo unos pocos ejemplos de la infinidad de incongruencias que vemos en nuestro sistema de seguridad social.

No podremos encontrar el progreso, si no acabamos con la cultura de que el Estado es el que tiene que protegernos de todos los males habidos y por haber.

El paciente debería suscribir al momento de entrevistarse con su médico, un contrato sencillo por medio del cual se comprometa a velar por su salud y a colaborar con las recomendaciones que se le prescriban. Las empresas deberían exigir a sus empleados, en sus contratos de trabajo, un compromiso explícito de colaboración mutua, por medio del cual aquéllos acepten y colaboren con la asesoría de unidades empresariales de medicina preventiva, para controlar los riesgos que son estrictamente de índole personal, como la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, la diabetes, la hipertensión, etc... Finalmente, los jueces deberían asesorarse mejor a la hora de tutelar las inimaginables y exóticas pretensiones de los ciudadanos.

Me pregunto: ¿Será que los políticos y demagogos me aceptarían esta sugerencia? ¿O será que estoy proponiendo coartar la libre expresión de la personalidad?

Al mismo tiempo, el sistema de salud y todos nosotros deberíamos incorporar a los pacientes en todo el proceso, en el diseño de estrategias, en la medicina preventiva y en la evaluación de los resultados y corrección de los defectos.

Quizá hasta las asociaciones científicas deberían participar. Tal vez sería interesante considerar una reforma de sus estatutos para incluir entre sus actuales capítulos, novedosos capítulos de pacientes. Aunque tuviésemos que educarlos y convencerlos de que participen con entusiasmo, estimulando la capacitación de sus médicos. Inclusive, deberíamos permitir a los pacientes opinar en las discusiones sobre el diseño de los temarios de los cursos de refrescamiento, en el contenido sustancial de los congresos y convenciones. Y por qué no, en la orientación de las políticas tendientes a conseguir un impacto específico en la calidad de la atención médica, en grandes áreas o en grupos poblacionales desprotegidos. Entre médicos y pacientes podríamos encontrar mejores alternativas para resolver la salud de los colombianos, que las que creen encontrar los jueces aprobando a la bartola tutelas sin justa causa, o motivadas maliciosamente por las mismas aseguradoras para evadir sus responsabilidades.

En conclusión. Considero que todavía es tiempo de humanizar y revitalizar otra vez al internista. Seguramente seremos capaces de hacer que vuelva a aproximarse a sus dolientes enfermos si le damos la oportunidad de vivir con dignidad. Pero como, por desgracia, esto no será suficiente para corregir la desorientación del sistema de salud de los colombianos tendremos que luchar para que el Estado reoriente su curso, aportándole ideas y propuestas. ¡Tal vez, alguien decida –por fin– escucharlas!

Para finalizar, quiero invitarlos a que me acompañen en la siguiente reflexión:

¿Por qué no nos unimos todos en un esfuerzo por mejorarle la salud al ciudadano colombiano y por restituirles la dignidad a los médicos? Tal vez entre todos, y con una ayuda de la Divina Providencia, lo consigamos.