

# Medicina prepagada: problemas bioéticos evidentes en la atención de sus pacientes\*

## Prepaid medicine: Evident bioethical problems in patient care

Gonzalo David Prada Martínez, MD, MSc, PhD(c)<sup>1</sup>, Diego Fernando Severiche Bueno, MD<sup>2</sup>

### Resumen

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema de Seguridad Social Integral (SGSS) creado por la Ley 100 de 1993. La medicina prepagada existe como un contrato comercial de seguro de personas desde antes del SGSS, para mejorar la comodidad y el lujo, con libertad de elección de profesionales, sin trámites burocráticos para autorizaciones, oportunidad de citas, resolución rápida, eficiencia por ahorro en tiempo, dinero, efectividad y calidad en la atención. La naturaleza del vínculo comercial da pie para que los usuarios puedan tomar ventaja ilegítima del contrato y cambien las relaciones de poder y líneas de autoridad, amparados por el derecho que sienten que les confiere la compra con el fin de ver su inversión en resultados. Se generan así relaciones no idóneas, que transforman la relación médico-paciente, dando lugar a toda clase de conflictos, perversiones y vicios con consecuencias nefastas desde el punto de vista clínico, bioético y jurídico. El caso, analizado desde la metodología de análisis en ética clínica de Diego Gracia para resolver dilemas bioéticos, se aplica para hacer evidentes los conflictos y problemas bioéticos que surgieron en este contexto.

**Palabras clave:** Medicina prepagada, Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, conflicto, autonomía, beneficencia, maleficencia, justicia distributiva.

### Abstract

The health system in Colombia is part of the General Social Security System (SGSS) created by Law 100 of 1993. Prepaid medicine exists as a Personal Insurance Commercial Contract since before the SGSS, to

<sup>1</sup> Magister en Bioética. Miembro del Staff de Medicina Interna y Neumología de la Clínica Reina Sofía. <https://orcid.org/0000-0002-4936-9891>.

<sup>2</sup> Médico Internista, Fellow en Neumología. Universidad de la Sabana y Fundación Neumológica Colombiana. Bogotá, Colombia.

\* Basado en la Tesis de grado de Magister en Bioética Universidad El Bosque, Bogotá 2017

### Autor de correspondencia:

Gonzalo David Prada Martínez  
Correo electrónico:  
[pradag@yahoo.com](mailto:pradag@yahoo.com)

improve comfort, luxury, with freedom of choice of professionals, without bureaucratic procedures for authorizations, opportunity for appointments, decisiveness, efficiency due to savings in time, money, effectiveness, and quality of care. The nature of the commercial relationship allows users to take illegitimate advantage of the contract and change the power relationships and lines of authority protected by the right they feel the purchase confers on them to see their investment in results. Inappropriate relationships are thus generated, which transform the doctor-patient relationship, giving rise to all kinds of conflicts, perversions, and vices with disastrous consequences from the clinical, bioethical and legal point of view. The case, analyzed from Diego Gracia's clinical ethics analysis methodology to resolve bioethical dilemmas, is applied to make evident the conflicts and bioethical problems that arose in this context.

**Keywords:** Prepaid medicine, General Social Security System in Colombia, Conflict, Autonomy, Charity, Maleficence, Distributive justice.

## Introducción

A lo largo de la práctica clínica hemos tenido la posibilidad de trabajar en la prestación de servicios de consulta externa y hospitalización como especialistas en medicina interna y neumología en Bogotá en todas las modalidades de aseguramiento. Es así como hoy día podemos contrastar a partir de nuestra experiencia y la de colegas, cómo se lleva a cabo la atención de los pacientes en cada modalidad.

Hemos podido observar cómo se presentan conflictos entre los involucrados en la atención, por diferencias en los intereses de cada uno: pacientes, instituciones, empresas, auditores, familiares y médicos. Los usuarios de la medicina prepagada, por ejemplo, en ocasiones toman ventaja ilegítima y plantean relaciones de poder sobre el personal de salud, por el derecho que consideran, les confiere haber comprado esta clase servicios y porque desean ver representada la inversión en resultados tangibles.

Las empresas aseguradoras, por su parte, responden a la lógica financiera actuarial cuya meta es la eficiencia económica: prestar con calidad pero al menor costo posible. Para ello cuentan con auditores médicos

encargados de regular el gasto médico evaluando pertinencia y verificando derechos. Otros, como las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) representados en clínicas, empresas de diagnóstico (laboratorio, imágenes, terapias y patología) y farmacéuticas, se enfocan en cumplir objetivos de rentabilidad.

Al final de esta cadena de atención-producción, el médico, eje de todas las acciones y de quien depende que los demás “participantes” tengan éxito acorde a sus intereses: eficiencia por ahorro para el asegurador; rentabilidad para el proveedor y satisfacción para el paciente, debe procurar cumplir con su misión de atender oportunamente, de forma racional, eficiente y con calidad.

Desde el momento en que el acto médico se ve influido por la intermediación y presión en direcciones tan disímiles, se genera distorsión de su esencia. A esto se suman algunos usuarios quienes cada vez más informados, conocen la dinámica de las empresas de contener costos y exigen exámenes y tratamientos costosos al amparo de una medicina cada vez más dependiente de la tecnología y de la influencia de la industria farmacéutica.

Todo lo anterior genera transformaciones en la relación médico-paciente, generando cambios en las líneas de autoridad y en las relaciones de poder dando lugar a toda clase de conflictos, perversiones y vicios con consecuencias nefastas desde el punto de vista de los desenlaces clínicos para los pacientes, con efectos legales y por supuesto bioéticos.

El tipo de relación comercial establece un vínculo contractual entre la empresa y el usuario, en el cual la primera ofrece los medios para proveer salud y el usuario hace uso de este con el fin obtenerla; el problema radica en la medida en que el usuario pasa la línea que establece el límite con el abuso que genera conflictos bioéticos, entre otras posibles consecuencias. ¿Qué clase de conflictos bioéticos pueden aparecer en el seno de este vínculo?

Los resultados de este análisis pondrán en evidencia la problemática moral como resultado de la distorsión de las relaciones médico-paciente en el contexto de la medicina prepagada, con la finalidad de promover correctivos a nivel microético, a usuarios y familias,

mesoético, al interior de las instituciones proveedoras de salud mediante “bioética concurrente” en la cabecera del enfermo y, finalmente, macroético, en la dirección de las aseguradoras y redefinir los códigos de ética de la operación comercial de la medicina prepagada en Colombia. También podría dar lugar a la creación y aplicación de guías de procedimiento y orientación de dilemas bioéticos, sin que se dependa de citar comités: llevar la práctica moral a la cabecera del paciente.

### **Sistema General de Seguridad Social en Colombia**

El Sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema de Seguridad Social Integral (SGSSI) creado por la Ley 100 de 1993, el cual fue modificado por la ley 1122 en el 2007 y separó la administración de la prestación, creando así las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), respectivamente. Las transferencias de dinero se hacen de la EPS a la IPS según si esta última presta el servicio. Paralelamente, hay dos regímenes, el contributivo para la población económicamente activa y el subsidiado (1).

La medicina prepagada es un servicio que existe desde antes de la concepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un seguro de salud vendido por aseguradoras como un contrato comercial de seguro de personas y regido por el Decreto 1137 del Código de Comercio Colombiano. La Ley 10 de 1990 fue el primer intento de reforma estableciendo que la salud era un derecho público de carácter obligatorio para el Estado pero que podía ser gestionado y proveído por privados. Los Decretos 1570 de 1993 y 1486 de 1994 reglamentaron la organización y funcionamiento de la medicina prepagada, no obstante, fue hasta la promulgación del Decreto 806 de 1996 que la medicina prepagada quedó formalmente incluida en el SGSSI (2). La medicina prepagada permite la libre elección de profesionales por medio de un directorio médico abierto, esto permite al usuario no someterse a trámites burocráticos como procedimientos, de autorización para obtener citas o procedimientos de intervención y exámenes, entre otros. Da libertad para consultar en cualquier momento y como retribución a la inversión, se obtiene rapidez en la resolución de problemas, eficiencia por ahorro en tiempo, dinero, efectividad, calidad de la atención y oportunidad.

Las empresas aseguradoras compiten por vender servicios a usuarios con capacidad de pago, en ocasiones generando promesas de valor que no siempre son posibles de cumplir y desconociendo que el objeto de aseguramiento, la salud, es inmaterial y puede entenderse de manera muy general. De hecho, proveer salud es facilitar los medios para prevenir enfermedades o dar curso al tratamiento de las mismas.

Deontológicamente, el acto médico debe ser similar o equivalente para todos sin distinciones de género, raza, situación socioeconómica, cultural y mucho menos por las condiciones contractuales adquiridas por el usuario que toma un seguro que le cubra sus gastos o genere mayor comodidad. Además, la obligación del mismo es de medios y no de resultados en tanto la complejidad de los sistemas biológicos hace impredecibles los desenlaces y, por otra parte, los medios diagnósticos y terapéuticos buscan conseguir el mayor beneficio con el menor daño. Es así como la compra de un seguro de salud de mayor valor y comodidad no asegura mejores desenlaces.

Como en todo servicio, se generan tensiones y conflictos por ejemplo, un estudio sobre las representaciones sociales en médicos generales y pacientes de EPS (3) observó que la representación social del médico se centra en su capacidad de dar en términos profesionales y humanos, no obstante, reconoce peligros que impiden brindar un servicio satisfactorio. Por otro lado, los pacientes poseen exigencias y expectativas irreales respecto de la capacidad y obligación del médico, terminando en situaciones de irrespeto y maltrato. En esta misma publicación, la mayor preocupación expresada por los profesionales se refirió a las limitaciones propias del sistema para el adecuado ejercicio. Sería de esperar que la medicina prepagada superara estas dificultades propias de un sistema masivo y limitado, pero la realidad es otra: a las tensiones propias de este encuentro se suma el maltrato al médico, (4) basado en la capacidad de exigencia que el cliente cree poseer por ser tenedor de un contrato.

Con la Ley 100 de 1993, los nuevos actores involucrados -aseguradores y usuarios- interpretaron el acto médico de una nueva forma (5); antes la relación era directa con el médico por voluntad y consentimiento de ambas partes y después, la relación de ambos es con el

asegurador. Cuando los usuarios se afilian a medicina prepagada generan altos niveles de satisfacción, sobre todo cuando tienen oportunidad de contrastar el servicio con el de una EPS. La tendencia es que en consulta privada o prepagada los médicos tienden a prestar un servicio más amable (6).

### Conflicto y dilema

Para efectos del análisis del caso hay que tener claridad sobre las definiciones de conflicto y dilema. En la práctica de la bioética clínica estamos acostumbrados a resolver dilemas, pero no a evidenciar conflictos y en muchos casos las personas no tienen claras las diferencias y utilizan los términos indistintamente. Conflicto, del latín *conflictus*, es la coexistencia de tendencias contradictorias, enfrentadas y violentas. Dilema, del latín y del griego, *dilemma*, es la necesidad de elegir una de dos opciones diferentes o contrarias, similarmente válidas. La primera es de confrontación y se resuelve mediante conciliación. La segunda, mediante la elección de la mejor opción. Como se verá más adelante, en el caso se presentaron dilemas clínicos que no se pudieron resolver y esto motivó conflictos de orden bioético.

### Metodología de Diego Gracia

La metodología en ética clínica propuesta por Diego Gracia está diseñada para contribuir a la resolución de problemas bioéticos en la práctica médica, es decir, para proponer cursos de acción sobre dilemas bioéticos con los pacientes. Es necesario aclarar que aquí no se usará para resolver caso alguno, en este sentido, solo se presentarán los pasos correspondientes a la descripción, identificación de problemas y conflictos, y análisis, dejando por fuera los cursos de acción, de acción óptima, de referencia y recomendación final. El análisis de este caso tiene como objetivo poner en evidencia los conflictos y problemas bioéticos que surgen en el contexto de la medicina prepagada en Colombia.

La unidad de análisis es el caso de un paciente hospitalizado en un centro de tercer nivel de Bogotá. El significado de las vivencias y sentimientos experimentados por los autores en torno al mismo dieron origen a las inquietudes motivo de esta reflexión.

### Descripción y hechos del caso

Paciente en la octava década de la vida con contrato de medicina prepagada de más de 20 años. Grupo familiar conformado por dos hijos adultos maduros con los cuales no vive. No hay información sobre su credo. Residente en su hogar con la señora del servicio doméstico.

Ingres a hospitalización por insuficiencia renal aguda: síndrome nefrótico/nefritico de etiología indeterminada, hipertensión arterial no controlada, osteoporosis, deterioro cognitivo leve e hipotiroidismo en suplencia. Se hace pertinente y urgente realizar biopsia renal para iniciar inmunosupresores y es necesaria la obtención del consentimiento informado, ya que por su condición cognitiva limitada requiere de tutor. Sin embargo, los familiares son evitativos y no tienen contacto con el personal médico. No asumen la responsabilidad correspondiente y en algunas oportunidades enfermería reporta conflicto por su actitud demandante; tampoco se consigue tener comunicación efectiva con ellos.

La única persona de contacto era una cuidadora privada -auxiliar de enfermería- que daba información a uno de los hijos sobre la evolución y es quien queda delegada, posiblemente por petición de los hijos, para la firma del documento.

Se inició tratamiento inmunosupresor ante la severidad de la enfermedad. Días más tarde se confirma el diagnóstico definitivo de la biopsia renal que mostró un severo compromiso glomerular membranoproliferativo secundario a la enfermedad autoinmune corroborando la pertinencia terapéutica. Unas semanas más tarde mejora su condición aguda, estabilizándose la presión arterial, reduciendo los azoados y la proteinuria. Se procede a informar a la cuidadora la decisión de alta hospitalaria quién a su vez lo haría a los familiares.

En este momento se presenta el primer conflicto importante motivado por la noticia del egreso. Los hijos se oponen rotundamente argumentando que no podían hacerse cargo del paciente y exigen prolongación de la estancia hospitalaria indefinidamente hasta que ellos lo considerasen conveniente. Las razones para

tal decisión se basaron en que, por su condición de clientes, eran ellos quienes tenían derecho y libertad de decidir. Ya de manera personal, porque en ese momento sí aparecen en la escena, se explicaron los riesgos de complicaciones infecciosas asociadas a la prolongación de la hospitalización y, aun así, persistieron en su negativa de nuevo con el argumento de que su contrato los empoderaba para decidir la salida. Se desconocen los motivos de esa conducta. En lo sucesivo los choques con enfermería y el equipo médico fueron más agudos y hubo necesidad de intervención administrativa. Nunca se logró establecer un tiempo determinado para proceder al egreso, la actitud de los familiares se tornó más evitativa y finalmente, se acuerda unos días más tarde su salida. Las condiciones clínicas en ese momento eran similares desde el punto de vista de la estabilidad y ausencia de infección.

Tres días más tarde reingresa en falla respiratoria, sepsis de origen pulmonar, agudización de la insuficiencia renal y evolución a la muerte.

### **Análisis de los valores en conflicto**

Este caso clínico fue difícil de resolver desde el punto de vista médico, por la complejidad de su problema renal, cuya etiología fue una enfermedad autoinmune de aparición tardía, patología infrecuente a esa edad. El tratamiento estaba indicado para salvar el riñón de un daño permanente y controlar posibles lesiones en otros órganos. El manejo inmunosupresor supone riesgos, particularmente por infecciones en huésped inmunocomprometido y fragilidad por comorbilidades. La muerte causada por infección estuvo muy posiblemente influida por la prolongación de la estancia hospitalaria y quizás se habría evitado con un egreso oportuno.

Se trató de un paciente mayor vulnerable, sin competencias para tomar decisiones autónomas y cursando una enfermedad aguda severa, que requería el concurso de todo el equipo de manera coordinada (médicos, familiares) para tomar las decisiones. Un núcleo familiar pequeño, no conviviente, evitativo, negligente, desinteresado y muy demandante. Su actitud se fundó en el presunto derecho de solo ser espectadores y fiscalizadores del proceso, amparados por la inversión en el plan de salud y así desentenderse

del caso. A propósito, este centro asistencial tiene publicidad escrita a la vista de todos, sobre los derechos y deberes de los pacientes. No obstante, delegaron toda la responsabilidad a terceros: la cuidadora y el personal de la clínica. Fue visible el abandono y las dificultades de relación y comunicación. Hubo roces con el personal de enfermería y otros médicos del equipo por temas irrelevantes del cuidado. Los familiares privilegiaron su interés por encima del interés superior del paciente. La argumentación siempre se enfocó a “como yo pago, entonces yo mando”, sobre todo en momentos tan sensibles como el egreso donde suponía que los familiares debían invertir esfuerzo adicional para llevar a cabo el cuidado del paciente. La postura que asumen y más cómoda para ellos era prolongar la estancia mediante maniobras dilatorias y justificar su actitud por ser clientes que les daría la razón para exigir, evadir, delegar y desatender advertencias y recomendaciones.

Los contratos de medicina prepagada en ninguna parte eximen ni a pacientes ni a familiares de los derechos y los deberes, como tampoco hay justificación alguna de no acatar las decisiones médicas. Además, los actos médicos con enfermos no dan obligación de resultados, pero sí obligación de proveer todos los medios posibles para resolver problemas médicos.

A continuación se expone cómo en este proceso de asistencia a un enfermo con las características descritas, se vulneran algunos valores y principios éticos. La metodología de Diego Gracia para el análisis de dilemas bioéticos viene en este caso muy bien para poner estos conflictos en evidencia.

### **Autonomía**

La vulneración de la autonomía del paciente fue evidente por omisión. Al no haber competencia para decidir autónomamente, esta debió haber sido asumida por aquellos quienes conocieran las voluntades anticipadas del caso, ya sean familiares, cuidadora o allegados. Lo claro es que sus familiares tampoco se imaginaban qué decisión habría tomado el paciente en otro momento de su vida en pleno uso de sus facultades. En estos casos, porque pueden presentarse, el tutor asume la posición que a su juicio considera más cercana a lo que el paciente habría decidido si tuviera competencia y agencia moral. La omisión de la autonomía está dada por ausencia.

Por tanto, la conducta esperable y además vinculante para los familiares, debió ser escuchar los detalles de los procedimientos médicos a realizar (biopsia renal y tratamiento inmunosupresor), considerar la utilidad de cada curso de acción y tomar alguna decisión. En este caso, la medida de utilidad es la relación riesgo/beneficio que inclinaba a realizar los procedimientos diagnósticos y de tratamiento.

La violación de la autonomía por omisión es una actitud pasivo agresiva, en la que el familiar evitativo delega en terceros las decisiones para no sentir responsabilidad ni culpas si los resultados no son buenos, no obstante, en muchos casos toman posturas negligentes y no constructivas. La persona mayor con limitaciones cognitivas o severamente enferma depende del buen juicio de sus familiares (o tutor que lo represente) y del equipo médico para decisiones trascendentales.

La autonomía médica fue vulnerada, en general, porque siempre se piensa en la protección de la autonomía del enfermo, pero en este caso, la autonomía del médico quedó al mismo nivel de la del paciente, supeditada al criterio de los familiares. El escenario ideal es considerar la voluntad del paciente o como este caso, la voluntad previa a través de los familiares y con base en eso tomar decisiones. En este caso en particular la urgencia de realizar los procedimientos no daba posibilidad a dilaciones.

La autonomía médica nunca se puede perder, lo que sucede es que en el contexto de la medicina prepagada, hay más permisividad y libertad para el usuario, en la medida en que este paga justamente por tener servicio más acorde a sus necesidades. Por eso numerosos usuarios exigen muchas veces en contra del criterio profesional.

En la medida en que la relación médico-paciente se subordina a la relación del médico con la aseguradora, o en este caso, con el familiar o cliente que quiere hacer prevalecer sus supuestos derechos contraídos por la compra de un contrato de salud, el médico pierde su capacidad de tomar decisiones autónomas y libres de sesgo para el beneficio de sus pacientes y se debilita el proceso, lesionando el interés superior del paciente. Es así como se pueden tomar decisiones no benéficas o maleficas. Algo similar ocurre en el síndrome del paciente recomendado (7).

## Relación beneficencia/no maleficencia

Los procedimientos de diagnóstico y de tratamiento fueron pertinentes, oportunos y basados en criterios de racionalidad técnica científica, no obstante, a sabiendas de las posibles complicaciones que podían generar. Desde el punto de vista de la beneficencia puede haber cuestionamientos: ¿hasta dónde puede beneficiar clínicamente iniciar un tratamiento inmunosupresor teniendo en cuenta sus condiciones de déficit cognitivo, fragilidad, comorbilidades y edad? Si se comparan los resultados de no hacer nada sin exponer el paciente a los riesgos versus iniciar tratamiento inmunosupresor exponiéndolo a infección nosocomial ¿cuál sería utilidad? Es decir ¿en qué momento se cruza la línea del encarnizamiento terapéutico? En este caso hay considerable cercanía entre el beneficio real que podría obtener con relación al posible daño asociado a los riesgos. Es posible que estos dilemas se hubieran superado si la comunicación con los familiares hubiese sido efectiva. Maleficencia dada por la pasividad e indiferencia de los familiares, pero a la vez actitud retadora demandante y exigente y negligencia por ausencia y abandono, otra derivada asociada.

## Justicia

Si se asume que la equidad es uno de los principios inspiradores del sistema de salud en Colombia, sería justo que cada persona reciba lo que requiere según su plan de vida personal. En el caso de la salud, se debe asegurar que los determinantes sociales de la misma estén presentes como: empleo, estabilidad económica, educación y vivienda entre otros, dado que la salud es un resultado consecuente de la existencia de los anteriores. La sociedad debe responder por la distribución de unos bienes primarios para que los individuos se desarrollen acorde a sus necesidades, es decir dando más a quien más lo requiera (8).

Aunque los planes de salud de medicina prepagada deben asegurar comodidad y otros beneficios, el manejo clínico de los pacientes y la administración de las instituciones es completamente independiente. La prolongación injustificada de la hospitalización como resultado del desacato tiene un costo para el sistema, en primer lugar, por el costo directo de la misma y, en segundo lugar, por el efecto de reducción de la

oportunidad para otros.

Este caso es uno de muchos similares. Los familiares de pacientes crónicos o mayores perciben la hospitalización como un hotel y una manera de eludir los cuidados y delegarlos recurriendo algunos a todas las maniobras para retrasar el egreso, sobre todo en épocas de festividades o de vacaciones, de nuevo escudándose en la póliza que les da derecho de violentar las decisiones médicas. Algunos pacientes de medicina prepagada solicitan servicios o interconsultas no pertinentes o medicamentos o procedimientos costosos o injustificados, entre otros.

## Discusión

La inquietud más importante a discutir es qué relación hay de la medicina prepagada con el caso, es decir: ¿por qué ocurren esta clase de conflictos en el contexto de la medicina prepagada? Y qué pasa con otras formas de prestación: ¿y otras modalidades de aseguramiento serían también generadoras de conflictos?

La medicina prepagada como se ha mencionado, es un negocio adicional del aseguramiento que resulta bastante costoso para los clientes y muy rentable para las empresas. La forma de generar rentabilidad es integrar esta clase de servicios a sus asegurados en la EPS. Por tanto, lo que se ha observado es que la medicina prepagada por una parte es más elástica y complaciente en atender algunos caprichos de sus clientes, pero a la vez muy incisiva en la validación de los derechos que cada persona tiene y en no atender preexistencias. Como es un nicho de mercado atractivo, a las aseguradoras les conviene más retener sus clientes contemporizando un poco con algunas demandas, pero manteniendo a raya el costo médico. Los pacientes por su parte, toman ventaja de esta modalidad y como son quienes pagan, intentan sacar el mayor provecho de la relación comercial con el fin de satisfacer sus necesidades específicas. Hay algunas clínicas en las que se hospitaliza a esta clase de pacientes sin indicación o se extienden sus estancias con el fin de mejorar sus ingresos, como hay otras, que como están integradas a sus planes básicos, prefieren hacer un uso racional de los recursos. Sobre estas observaciones no hay registros y mucho menos publicaciones. Lo cierto es que todo indica que las reglas cambian o se alteran según el plan de salud que tiene cada cual. Algunos

con mayores derechos otros con menos y como estas distorsiones son propias de cada estructura, los problemas éticos emergerán de forma diferente en cada situación, cuando lo correcto es que todos los pacientes reciban lo justo cualesquiera sea su plan de salud.

Los conflictos aparecen cuando alguien asume que puede exigir ilimitadamente por fuera de las condiciones pactadas o cuando los resultados clínicos obtenidos no concuerdan con los esperados y se encuentra con algún límite, en este caso de tipo médico. Las relaciones de poder y de autoridad cambian; en contraste, los que no pueden comprar medicina prepagada reciben servicios médicos a través de las empresas promotoras de salud (EPS) con limitaciones de comodidad, oportunidad y oferta. Para estas personas se han diseñado productos como los planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud (POS) que valen menos y hacen sentir al usuario como si fuese un paciente de medicina prepagada. Son una especie de “clase media” de la salud que entre otras está dirigido a la clase social con ingresos medios; superan algunos problemas del POS y tienen menos limitaciones, pero no son tan amplios como la medicina prepagada.

Por otra parte, la presión por contener el gasto médico también es un semillero de conflictos. Este recae sobre los profesionales de la salud que por una parte deben atender basados en criterios de racionalidad técnico-científica, pero a la vez controlar el costo y llenar las expectativas del usuario. Estas obligaciones van casi siempre en direcciones opuestas. Si a lo anterior se suma la débil posición que tiene el médico en la cadena de valor, porque resulta prescindible, dado que trabaja sin contrato laboral pero bajo condiciones de operar con la regulación administrativa de la empresa, por lo cual el sesgo puede ser aún mayor. Entre otras cosas en muchas situaciones el médico prefiere contemporizar con caprichos y actitudes demandantes que entrar en conflictos, sumado al temor de ser retirado del directorio si hay quejas contra él.

Las imperfecciones de estas relaciones son evidentes y contrarias a la *philia*, dan pie a que el cliente exija lo que quiera, imponga condiciones y, de otra parte, el médico dirija su servicio presionado por fuerzas opuestas: intentando hacerlo con calidad pero al menor costo (9). Estos desastres actuales se habían anticipado poco

tiempo después de la implementación de la Ley 100 de 1993 (10) como resultado de haber reemplazado el imperativo hipocrático por el esquema comercial que somete el acto médico a objetivos económicos, y daría pie a que los usuarios, abusen, exijan y se sientan con el derecho de condicionar e interferir las decisiones médicas a su gusto. La gran distorsión que se ha generado altera por completo ese fundamento de la relación médico-paciente materializada como un compromiso responsable, leal y auténtico (11).

Una encuesta reciente (12) sobre dilemas bioéticos en la práctica médica diaria, mostró cómo un porcentaje no despreciable de médicos se exponen a faltas de respeto, incurren en indicación de procedimientos no pertinentes como mecanismo de medicina defensiva o por presión de los usuarios. Los contratos adicionales que cada cual asume deben dar valor agregado en lujo y comodidad. Sin embargo, lo que se ha podido observar es que el usuario con el paso del tiempo en algunos casos interpreta la relación con su aseguradora de otra manera, con el derecho de imponer nuevas condiciones y en forma recíproca la aseguradora concede y permite las exigencias para retener su clientela, todo a expensas del médico que es quien está en medio, afectándose su autonomía e imparcialidad. Las consecuencias de estas distorsiones afectan la autonomía del paciente, resultan en maleficencia y no privilegian al paciente como el centro o fin del proceso. Un ejemplo similar es el “síndrome del paciente importante o del paciente recomendado” (7), en el cual las prácticas médicas habituales se afectan por exceso o defecto, motivadas por exigencias propias del paciente o por consideración del equipo médico de dar una “mejor” atención, al tratarse de una persona importante. El caso demostró cómo la interpretación de una relación comercial interfirió tanto la asistencia de un enfermo al punto contribuir a su muerte.

El problema no es la esencia del servicio de medicina prepagada, sino cómo cada quien lo acomoda e interpreta a su antojo: solicitando exámenes innecesarios, presionando procedimientos no pertinentes, solicitando incapacidades, medicamentos de alto costo, exoneraciones de la restricción vehicular e interconsultas improcedentes. El estudio del impacto de estas conductas en los valores y principios éticos es muy importante y es probable que cada plan de salud tenga problemáticas éticas distintas. Lo que queda claro

del caso de estudio es cómo se perdió la autonomía médica por el desacato de las recomendaciones; no se tuvo en cuenta la del enfermo por omisión. Hubo negligencia y maleficencia por parte de la familia, los procedimientos pueden haber sido cuestionables en términos del beneficio real que pudieron aportar y hay temas de justicia distributiva muy delicados. La autonomía médica se perdió cuando la autoridad la asume el familiar y el paciente no la tuvo nunca porque la familia evadió su responsabilidad de manifestar voluntades anticipadas ni asumió papel alguno cuando se tomaron decisiones de trascendencia.

Diego Gracia es la excusa para corroborar la propuesta de hacer evidentes problemas éticos en las circunstancias del paciente por la forma como puede transformarse la relación médico-paciente en medio de los vínculos comerciales que cambian las relaciones de poder y autoridad y cómo estas vulneran a los pacientes. La metodología parte de la descripción de los hechos del caso, los principios y valores asociados a los hechos y finalmente, la propuesta de carácter deontológico para, en lo sucesivo, buscar estrategias para evitar situaciones similares (13).

Esperamos que con el cumplimiento de la Ley Estatutaria en Salud 1751 del 2015, que por su naturaleza está por encima de la Ley 100 del 1993, los médicos podamos tener mayor margen de maniobra y de verdadera autonomía profesional, libertad de emitir conceptos en salud dentro del marco de la *Lex artis* y el interés superior del paciente completamente libre de sesgos y presiones externas. Lamentablemente hasta el momento (2022) ningún gobierno posterior a su promulgación se ha interesado en desarrollar los decretos reglamentarios a la misma.

La mirada bioética a los sistemas de salud es una tarea pendiente. Los sistemas de salud son temas sensibles para la sociedad y cada plan de salud conlleva conflictos de diferente índole que ameritan estudio.

Desde el punto de vista deontológico las recomendaciones están relacionadas con que ninguna decisión médica puede estar influida o presionada por preferencias, conveniencias del paciente o terceros, posición o prestigio social ni condición económica, raza, género, y mucho menos por sesgos económicos de los médicos o la presión de contener gasto de las



empresas. El acto médico debe ser en su esencia el mismo para todos, es decir, libre de cualquier tipo de sesgo o influencia, ya sea social, económica, o comercial; además, oportuno, pertinente y basado en la evidencia médica del momento y tendiente a ofrecer a los pacientes lo mejor, sin hacer daño, minimizando el riesgo y con el consentimiento del paciente. La libertad en el ejercicio, liberalidad profesional, solo es posible cuando no hay ningún tipo de intervención externa o ajena al mismo. El acto médico así concebido es puro, sin influencias, enajenación, ni consecuencias distintas al desenlace propio del paciente. El paciente decide si acepta someterse a las recomendaciones de diagnóstico y de tratamiento. El asegurador por su parte, se limitaría a garantizar los medios para que el paciente acceda a las recomendaciones médicas. Se trata de reivindicar la confianza en el acto médico y la autonomía profesional, que es tan importante como la autonomía del paciente, dentro del contexto actual del mercado privado de la salud. En todo caso en la actualidad estas distorsiones configuran un nido de conflictos bioéticos, biomédicos, y biojurídicos. Se hace necesario generar recomendaciones y hacer propuestas para realizar nuevas investigaciones en los diferentes niveles: micro, meso y macroético para en un futuro tener guías de orientación de práctica moral para reconciliar lo exigible contractualmente con la deontología médica.

Aramini refiere en su publicación economía y salud: “Cualquier intervención en la política sanitaria que intente regular la relación economía y salud deberá tener en cuenta el papel fundamental ejercido por el médico en relación con el paciente. ...” y más adelante: “En realidad, ya se ha señalado la inclinación economicista de muchas intervenciones racionalizadoras: una de las primeras consecuencias de estas intervenciones es la involuntaria transformación del médico en un funcionario administrativo, que debe tener un ojo puesto en el paciente y el otro en el lado financiero de su profesión médica como doble agente: del paciente y de la estructura sanitaria” (14).

### Agradecimientos

Dr. Boris Pinto MD, MsC, Phd en Bioética y María Janeth Pinilla, MsC, asesores temáticos profesores del Magister y Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque.

### Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud Colombia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2010. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Colombia\\_2009.pdf?ua=1](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf?ua=1)
2. Gómez Lora MC. Medicina prepagada en Colombia: desarrollo legal y jurisprudencial [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana; 2009. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/16913>
3. Herrera Medina NE, Gutiérrez Malaver ME, Izzedin Bouquet R, Ballesteros Cabrera M del P, Sánchez Martínez LM, Gómez Sotelo AP. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12(3):343–55.
4. Prada GD. Carta maltrato al médico. *El Tiempo*. 2014 Jul 21.
5. Gaitán H. Las complicaciones en el ejercicio actual de la Medicina en Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2003;54(4):209–12. doi: 10.18597/rcog.565
6. Suárez Cadena FC. Manteniendo la relación médico-paciente a pesar de las dificultades del sistema de salud colombiano. *Medicas UIS*. 2016;29(2):7–9.
7. Sanz Rubiales A, Valle Rivero ML del, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. El síndrome del recomendado. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19(8). doi: 10.4321/S0212-71992002000800010
8. Ekmekci PE, Arda B. Enhancing John Rawls's theory of justice to cover health and social determinants of health. *Acta bioethica*. 2015;21(2):227–36. doi: 10.4067/S1726-569X2015000200009
9. Cely Galindo G. Pontificia Universidad Javeriana. Del concepto de paciente a concepto de cliente en la prestación de servicios de salud: un escenario ético enrarecido. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo* [Internet]. 1999;1(2):34–

41. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1189>
10. Patiño R JF. La ética en la atención médica. *Persona y Bioética*. 2002;(17).
11. Guzmán F, Delgadillo EF, Barrios MCM de, Vega JM. El acto médico - Implicaciones éticas y legales. *Acta Médica Colombiana*. 2009;34(2S):263–70.
12. Londoño Palacio N. Encuesta para evaluar problemas bioéticos en la práctica clínica diaria [Internet]. Universidad de La Sabana; 2012 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/3500>
13. Gracia D. Ética médica. En: Farreras Rozman *Medicina Interna*. 13a ed. Elsevier España; 1995.
14. Michele A. Capítulo XXII Economía y Salud. En: *Introducción a la bioética*. Editorial San Pablo; 2007.