

Bogotá D.C. 13 de febrero de 2023

CONSIDERACIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE BIOÉTICA PARA UNA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

I. DIAGNÓSTICO AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO DESDE LA BIOÉTICA: VALORES, CONFLICTOS ÉTICOS Y DILEMAS PRÁCTICOS

Los cuestionamientos del modelo de la salud en Colombia propician, por lo menos, los siguientes dilemas prácticos, conflictos éticos y dilemas morales que merecen nuestra atención:

1. Eficiencia vs. Equidad
2. Autonomía vs. Decisiones razonadas
3. Derecho, servicio y provisión
4. Política de Estado y responsabilidad compartida
5. La salud como bien común vs. La salud como bien privado (rentabilidad económica)
6. La corrupción como factor de detrimento del derecho a la salud
1. *¿Eficiencia vs. Equidad?*

¿Qué es un sistema justo de salud? Es una pregunta ética que nos orienta en la discusión acerca de la apropiación e implementación de la política en salud en Colombia. Las discusiones de las que son objeto la implementación de la Ley 100, y los demás proyectos de reformas a la salud en nuestro país, en muchos casos, son motivadas por la necesidad de hacer un balance financiero y reparto de la asistencia en salud. En estos casos sobresale el enfrentamiento entre los valores de eficiencia, por un lado, con el de justicia (equidad), por el otro. Sin embargo, ambos valores son considerados importantes y requieren ser priorizados. Con el fin de evaluar que tan moralmente aceptable es el modelo, la pregunta sería ¿cómo el modelo actual aporta en la superación de este dilema?

Nota: “Los conflictos entre los requerimientos morales y el propio interés a veces crean dilemas prácticos en vez de dilemas morales” Beauchamp & Childress (1998, p. 10)

La sostenibilidad del sistema y el acceso a servicios de salud de calidad para toda la población son bases fundamentales para el ejercicio del derecho a la salud consagrado en la Constitución. Priorizar la eficiencia sobre la equidad o la equidad sobre la eficiencia impide el pleno ejercicio del derecho a la salud pues, en el primer caso, puede llevar a buscar la rentabilidad y sostenibilidad económicas por encima de la calidad y el acceso y, en el segundo, puede implicar la desfinanciación e insostenibilidad del sistema. En cualquiera de los dos casos, se obstaculiza el ejercicio del derecho a la salud, obligando a los ciudadanos a hacer uso de recursos jurídicos como la tutela para garantizar el cumplimiento de este derecho. Esto no solo entorpece el acceso a servicios de salud de calidad, desgasta el aparato jurídico nacional, enrarece la percepción y relación de la ciudadanía con el sistema de salud y con los profesionales del ramo afectando su legitimidad y credibilidad, sino que también complejiza el manejo de los recursos de la salud y promueve comportamientos oportunistas y rentistas.

2. *Respeto de la autonomía vs. Decisiones razonadas*

Respeto de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad. (Declaración de Bioética y Derechos Humanos, UNESCO 2005). La práctica médica asume a la persona que le consulta como a un paciente. La dignidad se circunscribe en un modelo de relación profesional de la salud - paciente en que se promueve el respeto de la dignidad de las personas mediante la exigencia de una atención en beneficio de su salud, previo CI, y siempre teniendo la precaución de no hacerle daño. En esta tradición se ha venido cuestionado el paternalismo médico que se mantiene renuente a aceptar la autonomía de los pacientes para tomar decisiones con respecto a su salud, por considerarlas inconvenientes, en razón a la falta de conocimiento científico, conocimiento que, habilita al médico para definir cuál es el mayor beneficio/mejor interés para su paciente.

En discusión a esta tradición se plantean los deberes de los pacientes que, como todo ciudadano, tiene la obligación moral de no hacer un uso indebido de los recursos de la salud que requieren tener un buen uso.

El actual sistema de salud apunta a la autonomía del paciente en su calidad de usuario del sistema o de consumidor del servicio de salud. En este sentido, el usuario utiliza y elige un servicio de salud que requiere ser razonado. La elección y utilización del servicio ofrecido por el sistema se hace en el marco de un modelo de mercado que, en el espíritu de la ley 100, buscaba promover la competencia entre proveedores y dar mayores y mejores alternativas al usuario. Sin embargo, la concentración del mercado, así como la fragilidad financiera del sistema limitan la elección y amenazan el acceso y la calidad de los servicios de salud prestados, en su mayoría, por el sector privado. En este sentido, cualquier reforma a la salud deberá contemplar esta realidad con el propósito de no crear incentivos que afecten la prestación del servicio de este sector, toda vez, que el sector público no siempre cuenta con la infraestructura y personal de salud suficiente para atender la demanda en salud.

Se presentan entonces no solo dos concepciones de autonomía sino también dilemas al interior de estas definiciones de la autonomía del paciente y del usuario que pueden entrar en contradicción con la dignidad humana. ¿Cómo lograr un sistema de salud respetuoso de la dignidad de quienes acceden al sistema para ejercer su derecho a la salud? es una de las preguntas que deben orientar el debate.

3. *Derechos, servicios y provisión*

a) *Prioridades e incentivos en la atención en salud pública vs. privada*

El respeto a la vulnerabilidad humana como la integridad personal son principios éticos esenciales en la aplicación y fomento del conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos (Declaración de Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, 2005).

El modelo de salud en Colombia debe pensar en mecanismos de amparo, complementarios a la tutela, esto es, distintos a la vía judicial, con los cuales se puedan garantizar los servicios de salud a personas que requieren de alguna protección específica. Alinear los incentivos de los prestadores del servicio con el goce efectivo del derecho a la salud resulta prioritario para evitar que la rentabilidad a través de la reducción de costos o el asistencialismo sin cuidado por la sostenibilidad obstaculicen el acceso especialmente de poblaciones marginales o vulnerables a servicios de salud de calidad. Ante lo cual es preciso preguntarse: ¿Cuál es la estructura de incentivos adecuada para garantizar un acceso equitativo con especial protección para poblaciones vulnerables a servicios de salud de calidad? ¿Cómo logrará esta estructura garantizar la complementariedad, articulación y coordinación entre el sector público y privado?

4. *Política de Estado y Responsabilidad compartida*

a) Responsabilidad social y salud

La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.

En este sentido, la garantía del goce del derecho a la salud y la prestación del servicio de salud exceden en tiempo y en magnitud los intereses y la capacidad de un gobierno. Se requiere una política de Estado que permita garantizar la continuidad de la prestación, así como la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema. Por lo cual es deseable preguntarse: ¿Cómo lograr la responsabilidad compartida entre sector privado y público en el trabajo conjunto para la promoción de la salud y el desarrollo social de la comunidad? ¿Cómo hacer cumplir esa responsabilidad compartida?

b) Trabajo digno

El trabajo digno es considerado como un espacio para el reconocimiento que contemple el verdadero valor social de las tareas que se realizan.

La calidad de los servicios de salud también depende de las condiciones de trabajo de los profesionales del sector. La eficiencia, entendida exclusivamente como rentabilidad a través de la reducción de costos, afecta directamente de manera negativa estas condiciones. Las desiguales condiciones del ejercicio de los profesionales de la salud se extienden a toda la geografía nacional, relacionadas con los efectos de la desigualdad multidimensional, las marcadas diferencias entre centros urbanos y zonas rurales, entre otras. En este contexto, es conveniente preguntarse por: ¿Cómo construir y garantizar mejores condiciones laborales, que sean valoradas como dignas y motivadoras, que reconozcan el valor de la contribución de quienes se desempeñan en el sector de la salud? ¿Cómo reconocer las diferencias estructurales en las condiciones de ejercicio de estos profesionales? ¿Cómo garantizar el tiempo necesario para crear una relación respetuosa, de cuidado, atención y confianza entre estos profesionales y sus pacientes? ¿Cómo armonizar las normas deontológicas de las profesiones de la salud vigentes con la promoción de un juicio reflexivo y crítico (bioético) de dichos profesionales en la práctica clínica? ¿Qué tipo de mecanismos deberán contemplarse para disminuir riesgos profesionales como la aparición del burnout, angustia moral, entre otros?

5. *Salud como bien común vs. Salud como bien privado (rentabilidad económica)*

La salud como bien común es un pacto que emerge dentro de una comunidad de manera deliberativa que propone el disfrute de una vida más digna y floreciente (Sandel, M. 2021).

Recuperar la noción de la salud como un *bien común*, incluso más allá de un derecho individual fundamental y un servicio, favorece de una manera legítima la responsabilidad social que nos cobija a todos (as) en el mandato de asumir cívicamente su protección. En este sentido, la salud como *bien común* significaría que un pacto colectivo (Ley estatutaria 1751 de 2015) deberá acompañarse de políticas que asuman el propósito de atesorar una vida digna y floreciente para todos (as).

De manera muy básica: sin recursos no hay provisión de servicios y sin provisión de servicios no hay goce efectivo del derecho a la salud. Esto afecta de manera directa el bienestar social. En estos sentidos, surgen las siguientes preguntas: ¿cómo lograr este *bien común* que es, a la vez, una responsabilidad compartida en un contexto como el colombiano de altísima desigualdad multidimensional, baja legitimidad institucional y poca confianza ciudadana? ¿Qué sistema de salud puede asegurar la provisión de unos recursos que garanticen el derecho efectivo a la salud?

6. *La corrupción como factor de detrimento del derecho a la salud*

Los niveles de corrupción tanto, por agentes del sector público como privado, y el desvío de recursos de la salud como fuentes de financiación de otros negocios o que tuvieran un objetivo eminentemente lucrativo son artilugios que requieren ser identificados y sancionados.

Ante la necesidad del uso eficiente de los recursos de la salud que garanticen la oportunidad y calidad del derecho a la salud, surgen las siguientes preguntas: ¿qué modelo de financiamiento requiere el sistema para garantizar accesibilidad, oportunidad, calidad y eficacia del derecho a la salud y del sistema de salud? y si ese financiamiento y manejo del riesgo financiero está a cargo del Estado ¿cuál es la medición que se tiene para identificar la capacidad del Estado para implementar este derecho, que no debería ser sólo el de la cobertura? ¿Cómo evitar que los riesgos de la corrupción se conviertan en barreras del derecho a la salud?

2. NECESIDAD DE JUSTIFICAR UNA REFORMA

La motivación de un proyecto de ley que busque una reforma estructural al sistema de salud, como se requiere en el caso colombiano, debería considerar asuntos estructurales y no solo la situación de emergencia sanitaria. La reglamentación de una ley estatutaria busca dar cuenta de la construcción y estructura misma del sistema de salud y, en esa estructura, estar en capacidad de responder a situaciones de emergencia.

La justificación debe tomar en consideración los diagnósticos y las cifras de los diferentes condiciones y actores del sistema, así como mecanismos de mejora para la vigilancia y fiscalización del Estado en la prestación de este servicio público y la garantía del derecho.

3. PREGUNTAS QUE DEBE PLANTEARSE UNA PROPUESTA DE LA REFORMA A LA SALUD

Con el fin de diseñar la reforma desde una mirada bioética, el CNB invita a los actores clave de este proceso a preguntar si la misma responde algunos planteamientos bioéticos, así:

- a. ¿Responde la reforma a un proceso de diálogo entre actores diversos, incluso opositores, y toma en cuenta las posiciones y la información provista por cada uno de ellos para el diagnóstico del sistema de salud?
- b. Desde una perspectiva ética y técnica ¿cuál es la confianza en la información base para la toma de decisiones que justifican la reforma?
- c. Desde el primer informe (2003) del Relator Especial sobre el derecho de toda persona a la salud física y mental de Naciones Unidas, se hizo necesaria la distinción entre indicadores de Salud e Indicadores del Derecho a la Salud. A partir de esta distinción los Estados deberán establecer unos y otros según la finalidad de los mismos. En este sentido ¿cómo diferencia la reforma indicadores de salud de indicadores del derecho a la salud? ¿Cómo espera desarrollar la reforma el deber del Estado en relación con los compromisos internacionales en materia de indicadores de salud?
- d. ¿Resuelve la reforma la problemática nacional de acceso a medicamentos como parte del derecho fundamental en contraste con los actuales modelos económicos de propiedad intelectual? ¿Qué principios se acogen para este fin?
- e. ¿Los principios adoptados por la propuesta de reforma a la salud son aquellos que, en caso de conflictos de derechos, le permiten al profesional, a las instituciones y al Estado tomar decisiones o establecer prioridades en el sistema de salud?
- f. ¿Cómo la transición de una reforma garantizará la continuidad de la prestación de servicios de salud y el acceso al derecho a la salud de la población y qué principios bioéticos se aplicarán específicamente para ese modelo de transición?

4. PRINCIPIOS

Un modelo de salud debe tomar en consideración que los principios no son simplemente textos aspiracionales, sino que se convierten en reglas de derecho para la toma de decisiones en casos, especialmente, en los que no hay una norma clara de aplicación y que además orientan el quehacer de los actores.

Los principios buscan guiar decisiones cuando estas no están ordenadas o reglamentadas, por lo cual, es fundamental evitar cualquier posible asimilación entre principios y acciones. En consecuencia, es conveniente establecer la diferencia entre valor, principio, acción, guías y elementos.

El enfoque diferencial y la transparencia, por ejemplo, son principios o reglas que guían la acción, pero no corresponden a acciones concretas y reflejan los valores de la diversidad y la veracidad.

Para avanzar en esta discusión proponemos definir principios como reglas y creencias básicas sobre la manera en que nos comportamos y nos relacionamos con otras personas y con nuestro entorno, siendo diferentes a los valores que establecen lo deseable. Los elementos, si se refieren a las características del sistema, deberían poder desarrollarse en indicadores que permitan hacer el seguimiento del sistema de salud.

Es importante que el proyecto incluya los instrumentos bioéticos, especialmente la Declaración de Bioética y Derechos Humanos, la Declaración sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, la Declaración Internacional sobre Datos Genéticos, y los que se van adoptando progresivamente. Estos documentos deben inspirar los principios del sistema de salud y el quehacer de sus actores.

En este sentido, la universalidad del sistema de salud es un principio que implica ciertas acciones. Entre ellas ofrecer servicios de salud a todas las personas en el territorio nacional. Esas acciones deberían estar claramente limitadas, es decir, pues, en este caso, es necesario establecer si las personas en tránsito están cubiertas por el principio de universalidad y cuál sería la cobertura para estas personas.

Dentro de los principios necesarios para el diseño de la reforma deberían incluirse aquellos específicos a la salud pública. De esta manera se atenderá al llamado a considerar la salud como un *bien común*. Es por lo que los principios de la reforma deben aplicarse a las relaciones de la medicina individual, familiar, comunitaria, la salud pública e incluso la investigación biomédica. Adicionalmente, los principios deberían inspirar las aplicaciones de “*enhancement*” (mejoras, ventaja, realces, ampliaciones de capacidad y desempeño) y nuevas tecnologías a la salud humana (inteligencia artificial, robótica, farmacológica, entre otras) y la protección de derechos especiales en el contexto de un sistema de salud (derechos sexuales y reproductivos, derecho a la protección de datos personales en salud, entre otros).

Con fundamento en lo anterior, los principios que sugerimos inicialmente sean contemplados y desarrollados en la reforma, mediante una concertación y orientación con el CNB, serían:

1. Principio de progresividad y no regresividad,
2. Principio de rigor científico como principio en la toma de decisiones en materia de salud en todos los niveles del sistema.
3. Principio de oportunidad en el acceso a tecnologías en desarrollo.
4. Principio de precaución.
5. Principio de la condición más beneficiosa
6. Principio de autonomía en la toma de decisiones del paciente
7. Principio de autonomía médica
8. Principio de igualdad, no discriminación y enfoque diferencial
9. Principio de transparencia y declaratoria de conflictos de intereses
10. Principio de solidaridad
11. Principio de responsabilidad
12. Principios sobre el uso y las decisiones a partir de IA (Unesco)
13. Cero corrupción
14. Principio de aprovechamiento compartido de beneficios

Desde el CNB se propone que la adopción y definición de principios bioéticos del modelo de salud colombiano se realice a partir de una metodología deliberativa. En este sentido, una reforma a la salud se debe entender como una decisión política de bioética que debe estar orientada por un ejercicio de deliberación democrática en donde estas actividades de deliberación fomenten el respeto mutuo y razonamiento entre los actores clave.

5. RECOMENDACIONES GENERALES

En consideración con lo dicho hasta ahora hacemos las siguientes recomendaciones generales que pensamos importantes tener en cuenta en el proceso de una reforma a la salud en Colombia las siguientes:

1. Fortalecimiento del diálogo con diferentes actores
2. Recolección de información sobre indicadores del sistema de salud, de diversas fuentes.
3. Revisión de principios

4. Revisión de cuestionamientos planteados de forma que se pueda analizar si estas preguntas y dilemas son abordados desde la reforma propuesta
5. Puesta en marcha de una agenda de deliberación de los actores, que incluya el método de razonamiento y deliberación bioético

Finalmente consideramos imprescindible que sea incluida la bioética en el articulado de la Ley de la Reforma a la Salud toda vez que los conocimientos y las prácticas en salud se tornan “peligrosas” cuando quedan en manos de solo especialistas, incluso animados por buenas intenciones, por cuanto pueden derivarse en posiciones "individualistas y miopes de sus propias responsabilidades".

La bioética se ocupa de las controversias de distinta índole relacionadas con las prácticas clínicas de investigación y asistenciales, con enfoque pluralista, pluridisciplinario y laico. En ese sentido, los comités de bioética son escenarios de deliberación que aportan en la resolución de conflictos de intereses -que no siempre comulgan con los de índole social- y propenden por la concertación y superación de los grupos de presión. Igualmente, se abordan asuntos más generales, referidos a la salud en relación con el ambiente, los recursos económicos, aspectos culturales, sociales, biológicos, tecnológicos, etc., muy necesarios para la construcción de una propuesta de "Territorios Saludables".