

LA SALUD ¿ COMO DERECHO O COMO MERCANCÍA? MERCANTILIZACIÓN DE LA RELACIÓN**MÉDICO-PACIENTE Y SU CORRELACIÓN ÉTICA-BIOÉTICA PROFESIONAL****HEALTH AS A RIGHT OR AS A COMMODITY? COMMERCIALIZATION OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP AND ITS ETHICAL CORRELATION - PROFESSIONAL BIOETHICS**

Araujo-Cuauro J.C.
Profesor de Medicina Legal.
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas.
Universidad del Zulia (LUZ)
Maracaibo.
Venezuela.

Correspondencia: j.araujo@sed.luz.edu.ve

Resumen: La salud no es un privilegio, no es una mercancía. Es un derecho humano fundamental, consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en las mayorías de las constituciones como la venezolana, en el estamento jurídico nacional y en los diversos tratados o convenios firmados por la república. El objetivo de este artículo es describir si la salud es un derecho o una mercancía y el cuál es el problema de la mercantilización de la relación médico-paciente y su correlación ética profesional. Metodología. Esta investigación será de carácter médico-jurídico y se efectuará bajo el aspecto de un estudio documental y hermenéutico. Qué significa mercantilización de la salud esto implica un proceso de comercialización de la salud en todos los niveles, donde para recibir mejores prestaciones hay que hacer más aportes directos o copagos. En el hospital público utilizan otros mecanismos de mercantilizar, que varía en cada estado o municipio. ¿Porque no se puede mercantilizar? La mercantilización de la salud, iría en contra de los derechos humanos, ya está conlleva a la exclusión a los ciudadanos más vulnerable (pobres) y puede dar lugar a su violación. El derecho a la salud no equivale el derecho a disfrutar de buena salud, sino tener disponibilidad y asequibilidad (física y económica) sin que coexista exclusión o segregación, a bienes de calidad, respetado y apreciado tanto con la ética médica como con la bioética médica. Conclusión. La mercantilización de la salud no es compatible con la ética médica, ni la estamento legal constitucional por lo tanto esta representa mas un valor humano esencial que un tipo de negocio para dar respuesta a pregunta inicial ¿Es la salud un derecho o una mercancía? Es un derecho humano fundamental

Palabras clave: Salud, mercantilización, derecho, mercancía ética-bioética profesional.

Abstract: Health is not a privilege, it is not a commodity. It is a fundamental human right, enshrined in the Universal Declaration of Human Rights, in most constitutions such as the Venezuelan one, in the national legal system and in the various treaties or agreements signed by the republic. The objective of this article is to describe whether health is a right or a commodity and what is the problem of the commercialization of the doctor-patient relationship and its professional ethical correlation. Methodology. This research will be of a medical-legal nature and will be carried out under the aspect of a documentary and hermeneutic study. This implies a process of commercialization of health at all levels, where in order to receive better benefits it is necessary to make more direct contributions or co-payments. In the public hospital they use other mechanisms of commercialization, which varies in each state or municipality. Why can't it be commercialized? The commoditization of health would go against human rights, since it leads to the exclusion of the most vulnerable citizens (poor) and can lead to their violation. The right to health is not equivalent to the right to enjoy good health, but to have availability and affordability (physical and economic) without coexisting exclusion or segregation, to quality goods, respected and appreciated with both medical ethics and medical bioethics. Conclusion. The commodification of health is not compatible with medical ethics, nor with the constitutional legal status, therefore it represents more an essential human value than a type of business to answer the initial question: Is health a right or a commodity? It is a fundamental human right.

Keywords: Health, mercantilization, right, merchandise, professional ethics-bioethics.

“Ya no importa la vida del paciente, ni la calidad de vida, sino el dinero”
(clínico, 35-7)

INTRODUCCIÓN

Con los avances tecnológicos de la tercera revolución industrial que han transformado radicalmente la vida, en esta dos primera décadas de este siglo XXI, ha ocasionado un acceso en la medicina como servicio de salud a los circuitos de acumulación y producción de capital. Si se entiende a la medicina como arte y ciencia de curar o sanar o restablecer la salud, entonces los médico/as deben aceptar que una parte muy esencial de la medicina como profesión implica un acto profundamente humano. Ya que la salud es un bien esencial para alcanzar una buena calidad de vida. Desde entonces, los grandes conglomerados empresariales tecno-médicos, tienden a incrementar su presión para transformar la atención de la salud en un modelo centrado en la economía (oferta y demanda), lo que viene a impactar negativamente en todos los actores del proceso de atención de la salud y produce un efecto desfavorable respecto de la atención médica humanizada ⁽¹⁾.

Se define a la oferta de servicios médicos asistenciales como la existencia y disponibilidad de recursos (humanos, materiales y económicos) con que cuenta una sociedad para atender la demanda de sus ciudadanos. La oferta refleja los esfuerzos que se realizan para enfrentar los problemas de salud de una población y está vinculada en su dimensión y características con el grado de desarrollo alcanzado. Por otro lado, la demanda de atención médica es de naturaleza exógena. Esto representa que cuantiosas de las determinaciones referidas al tipo y la cantidad de consumo médico son establecidas por el médico/a y no por el paciente. Es decir que el médico/a interviene como mediador de la demanda del paciente, por lo que oferente y demandante concurren, transgrediéndose uno de los preceptos fundamentales requeridos para el funcionamiento de un mercado en competencia perfecta (supuesto de independencia de oferta y demanda) ⁽²⁾.

Dentro de esta disciplina, el análisis de los componentes básicos de cualquier mercado, la oferta y demanda, hacen necesario su análisis con detenimiento, dado que el sector médico asistencial de la salud puede considerarse una "economía anormal". En los mercados tradicionales, los consumidores, con diversos grados de información, disponen qué bienes y qué servicios consumir. En el mercado de servicios médicos, el paciente no elige directamente qué estudio de diagnóstico, que tratamiento, o qué medicamento consumir, sino que la demanda la efectiviza el médico/a.

Como sea que la medicina tanto pública como privada se comportan como vasos comunicantes (si se deteriora la primera se refuerza la segunda y al revés), las estrategias políticas, legales y económicas de mercantilización de la medicina de los últimos años han pasado no sólo por incentivar y fortalecer al sector privado (privatizar o ampliar el espacio para aprovecharse y/o beneficiarse, realizar convenio con la medicina pública, proteger la salvaguardia privada), sino también por desgastar, desacreditar y hacer más tético al sistema público. Como sea que la medicina tanto pública como privada se comportan como conductos comunicantes (si se deteriora la primera se refuerza la segunda y al revés) ⁽³⁾.

La incorporación de los mecanismos del mercado en la atención en salud médico asistencial presente en la mayoría de las reformas en salud recientes, en cuyas agendas de cambio se intenta restringir el papel del Estado en la provisión y en la financiación de los servicios de salud, estimular la libre competencia, dar respuesta a la libre elección de los consumidores e incentivar la utilización de las estrategias de la "medicina mercantilizada" como una forma de controlar los gastos en salud ^(2,3).

Las consecuencias de esta acción son conocidas cerrar centros de atención primaria, urgencias y quirófanos, y aumentar las listas de espera y reducir el número de profesionales, produciéndose un incremento del riesgo de enfermar y morir prematuramente y un aumento de las desigualdades. Entonces la presunta mayor "eficiencia" de la atención médica mercantilizada se fundamenta en gran medida en ahorrar en personal y ofrecer bajos salarios y malas condiciones de empleo, todo lo cual afecta la salud de los propios trabajadores de la salud y daña la calidad de la

atención médico asistencial. Además, los centros médicos privados cobran por acto médico y realizan más pruebas e intervenciones innecesarias ya que para muchos conocedores de la materia la salud “es un bien privado que depende de cada ciudadano y no del Estado” y que “no hay un derecho a la salud”⁽⁴⁾.

La atención médica no puede ni debe ser la mercancía de una minoría con libertad, es decir con dinero para poder costearla sino un derecho universal garantizado. Las características distintivas de este sector hacen necesario emplear una agrupación de instrumento y mecanismo típicos para proceder al análisis económico, sin descuidar la atención que se está ante un bien con ciertas singularidades que exige un distinción diferencial y multidisciplinario, que no deje de lado las cuestiones sociales, económicas, culturales, médicas, éticas e inclusive si se quiere legales⁽⁵⁾.

La salud fue transformándose conceptualmente en una mercancía y como tal, regida por reglas mercantilistas, en donde la situación del sistema de salud en Venezuela se puede resumir así: mientras los hospitales se declaran en quiebra, los profesionales de la salud se empobrecen y su profesión es precarizada y los pacientes reciben atención deficiente, ciertos intermediarios de la salud y multinacionales financieras y farmacéuticas se enriquecen gracias a la mercantilización de hecho.

El objetivo de este artículo es describir si la salud es un derecho o una mercancía y el cuál es el problema de la mercantilización de la relación médico-paciente y su correlación ética profesional.

Esta investigación será de carácter médico-jurídico y se efectuará bajo el aspecto de un estudio documental y hermenéutico.

LA SALUD ¿COMO UN DERECHO Y NO COMO UNA MERCANCÍA?

La estructuración y organización de los sistemas de salud de los diferentes países presentan desarrollos, coberturas, desempeños e indicadores, diferentes modos de financiamiento y aseguramiento, estructuras legales y normativas, el papel del Estado, de la integración de los actores (coordinación, segmentación, fragmentación), de los sectores participantes (público, seguridad social, privada) y de la organización e integración de las redes asistenciales. El punto de partida actual es el deterioro del sistema público de salud nacional venezolano, acumulado por décadas, acelerado en los últimos años y agravado por la pandemia del SARS-COVID-19 y por decisiones desacertadas recientes⁽⁵⁾.

Existe una triada en el sistema de salud venezolano tanto en la red pública como privada compuesta por; una fragmentación, una jerarquización y la mercantilización de la actividad médico asistencial, en el cual haremos hincapié en esta última, la mercantilización de la actividad médico asistencial, sobre todo en el término de desigualdad estructural que está vinculada con dos fluctuaciones con conexiones, pero no intercambiables ni sustituible. Una fluctuación es por el lado de la oferta (que puede entenderse como la divergencia estructural en el suministro) mientras que la otra fluctuación es por el lado de los usuarios, es decir, de la demanda (que puede entenderse como desigualdad estructural en el acceso)⁽⁶⁾.

La determinación de tener un sistema de atención en salud pública universal es siempre una disposición política. Muchos países han decidido que la atención universal de salud es la marca de calidad de una sociedad avanzada y civilizada que para los gobiernos es a la vez necesario y accesible legitimar para sus ciudadanos con ese fin. La pregunta acerca de cuánto debería gastar un país en su sistema de salud es inestimable, sobre todo cuando se vincula a la elección del modelo de financiamiento y provisión, al grado de mercantilización y a cuánto riesgo y negación de atención de salud está dispuesto a tolerar un gobierno en su sistema de salud. Por lo que es necesario en primer lugar entender y comprender cómo los principios de la necesidad de salud pública, la redistribución y los riesgos compartidos o solidaridad social son alienados por los mercados y la mercantilización^(5,6).

Otra característica si quizás la menos tomada en cuenta y la menos explorada en los sistemas de salud pública, es el modo en que la organización de los sistemas de información y los dispositivos de integración, que son fundamental para saldar las obligaciones en salud pública, son suprimidos y modificados como parte de la predisposición a la mercantilización. Los mercados operan o proceden a través de la elección y la omisión, la transmisión o cesión de los riesgos y las tarifas a los usuarios de los servicios de salud y la negación de la atención a los que más la necesitan.

Cuando los servicios públicos son mercantilizados, y las formas en que dichos servicios desplazan las necesidades de salud pública de la planificación y la prestación de servicios de salud ⁽⁷⁾.

Sucede pues, que se está frente a un gran dilema generado por la discrepancia en reconocer a los servicios de salud como mercancía o negocio o salud entendida como derecho humanitario fundamental. Es por eso que cada parte de esta ecuación tiene una dinámica diferente por todo lo que la primera debe favorecer el fundamento de ser de cualquier mercancía, que no es otra que la acumulación de capital en función del fortalecimiento de las finanzas, mientras que la segunda debe proyectarse en la expectativa de asegurarle un derecho con el cual nace cada individuo de una sociedad determinada.

Los modelos de salud basados en la mercantilización son esencialmente asistencialistas, pues en lo fundamental estimula a las personas a que demanden servicios de atención médica para tratar enfermedades adquiridas, dejando de lado los demás aspectos de la salud ⁽⁸⁾.

Como ya se había manifestado el sistema de salud tanto público como privado son una especie de vías comunicantes: para que el privado tenga posibilidades de lucro primero hay que desgastar, denigrar, debilitar o “aprovecharse del sistema público. Los testimonios ideológicos o los ideales reiterados desde entonces hasta el exceso, son bien comprendidos: el sector público de la salud es inadmisiblemente insostenible, improcedente y más lento e ineficiente, mientras que el sistema privado de la salud es más eficaz, activo y seguro que el público, la salud compete al entorno personal, los usuarios son responsables de excederse de la asistencia médica.

Seguir con ese tipo de modelo de salud en Venezuela significa evolucionar hacia una medicina mercantilizada, ilícita e injusta, que fracturara el concepto de ciudadanía y solidaridad social, que abre paso al clasismo, la desigualdad y es el fin del derecho universal a la salud ⁽⁹⁾.

Es por todo lo expuesto que las preguntas a formular son ¿Por qué la salud no debe ser considerada como una mercancía, sujeta a la competencia del mercado? ¿En qué difiere de otros bienes de consumo? ¿Es la salud una mercancía o un derecho?

Como veremos a continuación son infinitas las razones por las cuales hoy día los servicios en salud de atención médica asistencial de la población en este caso la venezolana, esta no se puede ni debe tratarse como un tipo más de mercancía de esas que se expenden en los diversos mercados.

La salud no es un privilegio, no es una mercancía, es un derecho humano fundamental, consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en las mayorías de las constituciones como la venezolana, en el estamento jurídico nacional y en los diversos tratados o convenios firmados por la república. Este derecho a la salud existe con anterioridad a la sociedad y al Estado, ya que corresponden a la persona humana por su condición de tal y por el sólo hecho de serlo ⁽¹⁰⁾.

¿Qué se entiende por mercantilización? La mercantilización se define como la transformación de los bienes, servicios, ideas y personas en objetos de comercio estandarizados. ¿Qué significa mercantilización de la salud? Esto implica un proceso de comercialización de la salud en todos los niveles, donde para recibir mejores prestaciones hay que hacer más aportes directos o copagos. En el hospital público utilizan otros mecanismos de mercantilizar, que varía en cada estado o municipio. ¿Porque no se puede mercantilizar la prestación de salud? La

mercantilización de la salud, iría en contra de los derechos humanos, ya está conlleva a la exclusión de los ciudadanos más vulnerable (pobres) y puede dar lugar a su violación de tales derecho ⁽¹¹⁾.

Traer al escenario el tema de la mercantilización en relación con un servicio público, suele imaginarse en una hilera de actuaciones subsecuente a la venta directa de dicho servicio o parte de él. No obstante, en el caso de la salud, se debe estimar que esta transformación es más gradual y con una inclinación a desgastar progresivamente el servicio que ofrece el Estado para alegar su mercantilización o privatización total. La mercantilización debe por lo tanto diferenciarse de la privatización, que alude a la venta o la entrega a manos privadas de los activos de un servicio que antes fue público. Pero esto también a su vez, puede o no significar mercantilización un servicio público puede ser traspasado a un consorcio privado y los consumidores (pacientes o usuarios) tener poca o ninguna competencia, disposición y/o aptitud, de intervenir sobre el aspecto a través de su comportamiento como mercado.

El cometido final en el proceso, es debilitar la asistencia pública de los servicios de salud en beneficio del capital privado; tal y como lo hemos visto en muchos hospitales de Venezuela donde se han creado microempresas privadas para que presten el servicio de salud, o cuando se le solicita al paciente los insumos médicos quirúrgicos para su atención médico asistencial y la resolución de su padecimiento en salud ⁽¹²⁾.

La atención médica en salud no es una mercancía, pese a que muchas mercancías pueden ser usadas en el proceso de suministro de la atención médico asistencial (insumos médicos, instrumentos y medicamentos, entre otros) por la generalidad que tiene de la atención médico asistencial, ella misma por sí sola no es una mercancía. La atención médico asistencial no es un producto más consumido por los pacientes y producido por los médicos de una clase de materiales y de otros. Los individuos enfermos consumen medicación e insumos médicos y pagan dinero, pero no consumen “atención médico asistencial” como si consumiera un paquete con arroz o una lata con gaseosa. En una transacción mercantil por ejemplo comprar pollo, la persona que compra y la que vende no tienen ningún interés personal en el otro más que en la transacción.

Ellos están enfocados en el objeto o producto, en la mercancía a ser negociada, su relación no va más allá de la venta o consumo de esa mercancía. La relación médica, por el contrario, es intensamente personal, la confidencialidad y la verdad son cruciales, así como la relación continua, el médico es ante todo sanador y es desde el punto de vista ético inaceptable que el médico que trata con un paciente le haga saber que su conducta está motivada por el beneficio económico, como sí sería legítimo en un vendedor de cualquier mercancía ⁽¹³⁾.

La salud como bien colectivo no puede mercantilizarse, ya que una de las características propias de las mercancías es su propiedad. El vendedor o su encargado que produce algo con materiales preexistentes para introducirlos a la venta en los mercados, es dueño de esos bienes que ofrece y traspasa esa propiedad a quien compre esa mercancía de acuerdo con sus deseos o necesidades, no obstante, este no es el caso de la medicina y de la atención médico asistencial, pues la naturaleza del conocimiento médico y la forma como es adquirido y transmitido a los profesionales de la salud hace que sea un bien colectivo en el cual los miembros de la sociedad tienen una especial pretensión.

Es por ello precisamente que los servicios de salud no suelen ser una especie de mercancía, por lo tanto, los servicios de salud no son un mercado de “pérdidas” y “ganancias”, ya que una de las particularidades de las mercancías es la fungibilidad, es mencionar, la posibilidad y la probabilidad de que alguna mercancía pueda ser substituida por otra igual, si tiene el mismo precio y la misma calidad. Si se aplica esta percepción a la atención en los servicios de salud, ésta se mercantiliza la atención médica; de este modo, los pacientes se transforman en bienes “fungibles” en “vidas protegidas o aseguradas” que personalizan dividendos cuando ellos están bien y pagan sus montos; y cuando estos

sufren o padecen una enfermedad o se enferman y ameritan una gama de servicios médicos asistenciales para lo cual esto representan solo pérdidas ⁽¹⁴⁾.

La medicina como actividad humana suele escaparse a las leyes de oferta y demanda, la teoría neoclásica que soporta la inserción de los dispositivos del mercado en la atención médica asistencial, instaura una diáfana y enfática diferenciación entre los patrimonios privados y los públicos, la cual tiene importantes efectos al instante de precisar o puntualizar las obligaciones de los escenarios tanto público como privado en relación a la salud de los ciudadanos. Desde este panorama, la prestación de los servicios médicos de salud son posesiones privadas dado que son propio en cantidades variables y solo repercuten en los individuos quienes lo reciben y las posesiones públicas que son bienes con considerables externalidades ya que satisfacen las exigencias de un gran número de personas al mismo tiempo, es decir, que conllevan a un aprovechamiento colectivo y no se acaban en el desembolso individual, por lo cual las personas no estarían prestas a costear por ellos ⁽¹⁵⁾.

Los pacientes o como también suelen hoy en día llamarse “usuarios o clientes” no son “consumidores” de salud, de acuerdo con la teoría económica, los consumidores y los vendedores son agentes razonables y ecuanímenes esto es debido a que sus cometidos están perfectamente discriminados, lo que se interpreta significativamente que a ellos les es factible reconocer y establecer cuáles son sus pretensiones y seleccionar los mecanismos e instrumentos apropiados, convenientes u oportunos para conseguir, obtener o alcanzar su cometido, misión, tarea, obligación, o encomienda. Por lo que cada uno de los participantes están plenamente informado y consciente por lo que cada quien considera su posición; no obstante, esta no es la misma actitud de los elementos cuando los servicios médicos en salud son considerados mercancías ⁽¹⁵⁾.

Los pacientes en su representación como consumidores no son agentes racionales en la noción del mercado, estos no están en la facultad de seleccionar entre servicios sugeridos y costos, ni están en facultad de estimar la cotización de los servicios médicos prometidos y sin la recomendación, sugerencia o advertencia de su médico sus selecciones resultarían suceder más o menos paradójicas.

La atención médica asistencial en contraste a los demás prototipos de mercado, el expendedor-corredor está en una posición fiduciaria y los pacientes esperan que la pieza esencial del convenio o pacto sea desempeñada por el expendedor-corredor. De esta manera, el expendedor-corredor (médico) está en una doble función: como participe en el mercado él persigue sus intereses propios particulares y como asociado de una relación él debe respaldar y apoyar los intereses de sus pacientes. Expresado de otro modo, la actuación o el cometido de los pacientes y de los médico/as no está representado o constituido por la relación del consumidor y del vendedor, como podría ser un mercado regular ⁽¹⁶⁾.

La salud es un bien social consagrada en la Constitución bolivariana (art. 83º, 84º, y 85º) y otras leyes del ordenamiento jurídico venezolano, así también respalda esta función social el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Entonces si se trata a la atención médica asistencial como un tipo más de mercancía, se plantea su venta como negocio conforme a las solicitudes de quienes pueden costear por esta, puesto que en el autónomo y libre mercado no hay lugar para el no participante, ósea para el que no la pueda obtener a través de su compra, el más vulnerable, el desasegurado o el no asegurable que coexiste en esta sociedad globalizada del siglo XXI.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el derecho humano a la salud hace referencia, en su acepción más amplificada, al derecho al grado máximo de salud que se pueda alcanzar. Desde esta escala, el derecho humano a la salud va más allá tanto de las estructuras y organizaciones directamente vinculadas al bienestar físico y mental (es decir, lo relacionado con la disponibilidad de servicios de salud).

Asimismo, el derecho humano a la salud como un derecho social cuyo mecanismo de instrumentación requiere de una adecuada correspondencia con las características sociales y económicas de la población, pues si bien la definición OMS es abstracta y universal, su aplicación requiere ser concreta y específica ⁽¹⁷⁾.

La salud es un bien social, lo es también un bien público, es por ello que la teoría económica define un bien público con base en dos características del consumo de las mercancías: rivalidad y exclusión. En consecuencia, un bien público es aquel cuyo consumo por parte de unos no implica que otros no puedan consumirlo (no hay rivalidad) y al mismo tiempo no existe un mecanismo (de precios o institucional) que de manera legal limite el consumo del bien (no hay exclusión). No obstante, esta definición de bien público basada en la teoría económica no es comprehensiva, pues si bien es útil para definir los bienes por sus características como mercancías y por el tipo de financiamiento que los hace posibles, su utilidad es únicamente instrumental, pero no normativa ni refleja las aspiraciones éticas de las sociedades.

Una política pública orientada por principios éticos basados en la universalidad y equidad es ampliar el entendimiento de bien público más allá de una definición económica y poner a la salud como un bien público que debe ser promovido, protegido y garantizado por el Estado, es decir, como un derecho humano esencial ⁽¹⁸⁾.

Entonces esta desavenencia entre “bienes públicos” y “bienes privados” es la que soporta los idearios de la mercantilización y de la privatización de la atención médico asistencial. La mercantilización, porque de acuerdo con esta perspectiva la atención médica es considerada como un bien privado, pues es consumido por individuos (personas privadas), en proporciones transformables, por eso sería indebido que fueran costeados con el patrimonio público, compromiso de cada individuo pagar por los servicios que consuma.

En cuanto a la mercantilización o privatización, desde esta perspectiva, el mercado privado tiene todo lo que los ciudadanos están dispuestos a cancelar y el Estado abdica a su obligación de garantizar el derecho de todos los ciudadanos a la atención médica asistencial, condicionando sus actividades públicas a aquellos que están exceptuados del mercado y a lo que los ciudadanos no estarían inclinados a costear, porque no se consume de manera individual pues sus beneficios son colectivos (bienes públicos).

La mercantilización de la salud tiene consecuencias inaceptables para los pacientes y profesionales médico/as. Supone inequidad y disminución de las prestaciones, y una inadecuada planificación de las mismas, y en consecuencia un aumento del sufrimiento evitable.

EL IMPACTO DE LA MEDICINA MERCANTILIZADA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En el proceso salud-enfermedad se interponen dos grandes figuras sociales, por un lado, el paciente, su familia y los representante o responsables legales, y por otro los consignatarios de salud. Los médico/as constituyen uno de los grupos profesionales que ofrecen atención médica a la población y tiene un papel esencial en este ejercicio. La relación médico paciente es aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. La actual mercantilización de los servicios de salud es motivo de preocupación por los efectos negativos que pueden provocar en la relación médico paciente.

La mercantilización de la medicina está amenazando cada día el cumplimiento de buen ejercicio médico, la gran interrogante es ¿si los médicos comienzan a conducirse como empresarios, a quién se va acudir cuando se necesite un médico?" En la llamada industria de la salud, las obras sociales y las prepagadas pueden tercerizar sus servicios de salud, y está todo bien. Pero cuando prevalece el lucro como fin, hay dos monstruos, que acechan la relación médico-paciente: el de hacer de más y de menos para obtener un beneficio económico ⁽¹⁹⁾.

En la actualidad nuestro país vive un acelerado aumento de la demanda de atenciones en salud, lo cual afecta a diversos prestadores de salud, ya que la salud se constituyó en mercancía y el paciente en un usuario o cliente. Estructuralmente, en Venezuela coexisten tres sectores de salud. El sector público, representado por los hospitales

nacionales, regionales y municipales y la red de servicios financiados por el Estado a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). El sector de la seguridad social, que corresponde a las obras sociales, sostenido con el aporte solidario de los trabajadores registrados, en diferentes modalidades institucionales como el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), Instituto de Previsión del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima (PDVSA), y el sector privado, a través de seguros (medicina prepaga) y el pago directo al efector.

Es necesario tener presente y preciso cuales son los fines de la medicina y la jerarquización funcional de la gestión como "medio" para conseguirla. Existen diferentes formas de gestión en medicina, pero siempre se debe optar por aquella que sea capaz de conjugar la racionalidad económica y la justicia. Por lo que conviene recordar que la "empresa médico asistencial" es una organización e institución que se legitima racionalmente a partir de fines objetivos (justicia) o intersubjetivos (curar y cuidar) y no por ser un puro y simple negocio. Una de las causas es que predomina el fin de lucro debido a la actual estructura de la "industria de la salud", siempre el fin de la atención médico asistencial debe ser el paciente y no las utilidades que produce el negocio de la salud, por legítima que sean ⁽²⁰⁾.

Entonces surgen más preguntas como ¿Cuál es el impacto de la mercantilización en la relación médico-paciente? ¿Está la relación médico-paciente en su peor momento? ¿Hay una precarización de la relación médico-paciente en Venezuela? La relación médico-paciente debería honrarse y respetarse en su entorno propio de poder, es decir, no pervertirla ni corromperla con la injerencia de poderes extraños a ella y a su objetivo. Esto equivale incluso para el sistema de salud, en el cual los médico/as deberían tener el compromiso o la misión de reforzar y fortalecer su disputa actual por sostener su principio profesional y humano en la defensa, amparo y protección ejercicio del derecho a la salud y a la seguridad médico asistencial más humanizada. Igualmente, de la misma manera, le corresponde a la medicina obviar y librarse que los intereses comerciales se inmiscuyan en las decisiones sobre la seguridad médico asistencial y sobre la salud de los individuos de una determinada sociedad ^(19,20).

Se ha mercantilizado el ejercicio médico en su práctica del acto médico y con esto se ha desamparado al médico/a expuesto a los conflictos de interés. Lo que ha acarreado como resultado, que al médico/a se le ha deducido parcialmente su autonomía profesional, transfigurándolo en un médico funcionario, lo que circunstancial tiene el potencial de condicionar y ocasionar su desviación y perversión, perjudicando la relación médico-paciente y surgiendo mediante este artilugio un daño para el paciente. De esta forma, la salud se está convirtiendo en una gran y compleja industria donde los procedimientos solo deben ser rentables ⁽²¹⁾.

Además, el carácter complejo y administrativo de las organizaciones médico asistenciales han influenciado e intervenido en la merma de la imagen del acceso tratante, sea esto en pacientes hospitalizados o ambulatorios en los centros médicos de salud, asignándole paso a una relación médica impersonal, en donde los pacientes son atendidos por un equipo de salud, descuidándose la transparencia de la imagen del médico tratante. Esto deja muchas veces al paciente descontento en sus requerimientos y sobre todo en una posición de constante y persistente de anonimato, desconocido y/o ignorado siendo asimilado por una organización, estructura o sistema médico asistencial complejo, burocrático y deshumanizado ⁽²²⁾.

Si bien es cierto que el paciente de esta actualidad, se encuentra más informado, más empoderado y consciente de sus derechos, también se encuentra sometido a fuerzas de poder o control social, que por otra parte lo limitan, afectando también a la relación médico-paciente.

Hoy día en esta sociedad globalizada del conocimiento por una parte y la del consumo por otra, existe una propensión generalizada a la medicalización de la vida y de la sociedad en su todo, lo que acarrea como derivación una

clase de cliente o comprador descontento e insatisfecho, manifestándose de esta modalidad, un prototipo consumista de los servicios en salud.

Cabe considerar, por otra parte, que existen factores más amplios y generales, como variaciones en todos los niveles en la sociedad actual (paciente, médico, relaciones sociales, reafirmación de derechos, medicalización, mercantilización, consumismo, medicina gestionada, medicina defensiva, entre otras), complicadas de enfrentar o confrontar, que están mediando de modo contraproducente a la relación médico-paciente⁽²³⁾.

Por lo que se está implantando en este tiempo el concepto “*disease mongering*”, que se interpreta como un comercio o mercantilización de enfermedades o enfermedades creadas o inventadas, cuyo objetivo es incrementar los mercados para los que suministren o bien, expenden tratamientos. Finalmente, de este modo se está generando una serie o sucesiones de efectos, a saber, medicalización de la sociedad y de la vida, influencias en lo económico, control social, mercantilización de la medicina con doble agencia del médico, medicina defensiva, factores que han generado distorsión en la relación médico-paciente contribuyendo también entre otros factores para esta crisis médico sanitaria agravada hoy día por la pandemia del nuevo Coronavirus SARS-CoV-2⁽²⁴⁾.

Es por ello que el *ethos*, el carácter fiduciario y la relación de asistencia o auxilio no han variado en el transcurrir de la historia de la medicina y de la humanidad y la relación médico-paciente se sostiene como centro medular esencial de la medicina, por lo que los médicos deben cuidarla, defenderla, preservarla y protegerla ya que constituye un patrimonio universal de la medicina y por ende de la humanidad⁽²⁴⁾.

EL IMPACTO DE LA MERCANTILIZACIÓN DE LA MEDICINA EN LA ÉTICA-BIOÉTICA PROFESIONAL

La medicina hipocrática está centrada en el paciente, la responsabilidad del médico se entiende en términos de idoneidad, el cual determina la calidad de la atención, y el interés por el paciente, quien debe ser el objetivo central, es decir, razón de ser de la profesión médica, es por ello que en 1946 en cuando se constituyó la OMS, se reconoció por primera vez el derecho a la salud como un derecho humano. Desde entonces, el reconocimiento jurídico del derecho a la salud ha sido reafirmado en numerosos instrumentos internacionales, regionales y nacionales.

Volvemos hacer hincapié que el derecho a un buen sistema de salud integral para los ciudadanos, este no equivale al derecho de disfrutar solo de buena salud, sino de tener la disponibilidad y la accesibilidad (física y económica) sin que coexista exclusión o segregación, a bienes de calidad, respetado y apreciado tanto por la ética médica como por la bioética médica y culturalmente convenientes, oportunos y pertinentes que accedan a respaldar y asegurar el goce del nivel más alto posible de salud física y mental.

Para ello los Estados, como responsables de garantizar el desempeño y cumplimiento del derecho, deben disponer políticas designas a que los ciudadanos tengan acceso a estos recursos en el plazo de tiempo más breve posible. Los Estados son responsables tanto de sus acciones como de sus omisiones relacionadas con la salud pública y los derechos humanos; así como de regular la acción de terceros. No se hace referencia a una responsabilidad ética o moral sino de una responsabilidad legal⁽²⁵⁾.

La salud es un derecho humano jurídicamente reconocido en numerosos instrumentos internacionales, regionales y nacionales y que su cumplimiento es responsabilidad de los Estados, más allá de la responsabilidad ética o moral de los Estados para con el derecho a la salud, se trata de una responsabilidad legal en base a la legislación internacional existente sobre derechos humanos, así lo establece la carta magna venezolana en sus artículos: artículo 83° que señala. “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida”. Artículo 84°. “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de

seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”. Artículo 85º “El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado...”

Asimismo el proyecto de Ley Organica de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud, aprobado en primera discusión por la Asamblea Nacional en su exposición de motivos resalta que el Sistema Público Nacional de Salud, se ha constituido en múltiples instituciones dispersas y desintegradas, lo que ha producido una alta fragmentación en la que coexisten diversos regímenes públicos de financiamiento y prestación de servicios de salud; resultando en una división de la población en diferentes grupos con coberturas diferenciadas, generándose gran iniquidad en la medida que distintos sectores de la población tienen accesos desiguales al sistema, según su condición laboral y nivel de remuneración correspondiente.

Por otro lado el proyecto de ley in commento es sus artículos ratifican: Artículo 1º. “Esta Ley tiene por objeto promover, defender, proteger y garantizar la salud como derecho social fundamental y parte del derecho a la vida...”

Artículo 3º. “Esta Ley tiene por finalidad: 1. Garantizar la salud como derecho social fundamental”. Artículo 5º. “El sistema público nacional de salud se rige por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social, solidaridad, honestidad, participación, celeridad, eficacia, eficiencia, calidad, calidez, transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad”.

Sin embargo, cuando se emplea la dialéctica de *marketing* a la industria médica, entonces la salud deja de ser un derecho para transformarse en un bien de mercado. Las afecciones o enfermedades se transforman en oportunidades, los medicamentos en productos y los enfermos en consumidores, en cuotas de mercado con las que hay que satisfacer para complacer a los socios. La asistencia médica cada vez logra mayores cuotas de privatización en los países desarrollados y el este mismo patrón se está trasladando a los países en desarrollo en donde la salud ha pasado de ser un derecho humano del que es responsable el Estado a convertirse en un bien de consumo al que sólo aquellos con recursos pueden acceder ⁽²⁶⁾.

La mercantilización del derecho a la salud, se reconocen entre dos ramas del derecho internacional; por un lado, el derecho internacional de los derechos humanos y por otro el derecho internacional del comercio, con distintos y a insignificante paradójicos valores, leyes, métodos y dispositivo para llevar a cabo su consumación.

La medicina es por naturaleza un consorcio ético-bioético e inclusive jurídico legal, en el cual se debe detentar una sublime aptitud profesional en conveniencia para el paciente, el planteamiento de la ética-bioética profesional se sustenta en las demandas del paciente aun servicio de salud de calidad y no debe ser el de un contrato mercantilista o comercial.

Nuevamente surge una nueva duda a partir de ¿dónde inicia este fenómeno de la mercantilización de la salud en Venezuela? El proceso de mercantilización de la salud, se instaló en el sistema médico asistencial venezolano de una manera más o menos encubierta, cuando en los hospitales de la red hospitalaria del sector público, se le piden insumos médico quirúrgico o medicamentos o estudios de diagnóstico (laboratorio y/o imágenes) a los usuarios o pagos por algunos servicios, a veces en manos de fundaciones ⁽²⁷⁾.

Desde el momento en que todo se mercantiliza, cuando el beneficio está por encima del interés de la humanidad, se está ante la presencia de una situación alarmante y agobiante. Por eso, es preciso un control político y social, desde los principios de la ética-bioética (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia), principios bioéticos elementales basado en el respeto a la dignidad de la persona y en un enfoque integral y humanista de la asistencia médico sanitaria.

La ética-bioética de la salud pública ha sobrepasado las disputas más allá de los dilemas enfocados en la relación médico-paciente, de tal modo que en la ética-bioética de la salud pública está pendiente de investigaciones, estudios y abordajes sobre las causas sociales de la salud en las sociedades, el flagelo de la corrupción estructural de la

política estatal con el manejo de recursos para la salud pública, la desconexión de esta última y la formación del profesional de la salud (enmarcada aún en un modelo curativo), la mercantilización y estratificación de la salud (una para ricos, otra para pobres), entre otros aspectos ⁽²⁸⁾.

Quizás en la actualidad la cuestión a plantearse ¿es si la ética-bioética será capaz de salvar a la medicina de este fenómeno mercantilista? El quehacer diario de la práctica médico asistencial; la despersonalización, la tecnificación del trato, el riesgo de hipermedicalización, la fragmentación de la atención médico asistencial, diluida en múltiples equipos referentes, la superespecialización o la mercantilización de la salud. Siempre nuestros predecesores médicos se preguntaban si la medicina era arte, ciencia o religión, hoy la pregunta a replantearse es si la medicina es industria, comercio o política.

La salud de los individuos de una determinada sociedad como la venezolana no es una “cosa”, ni es algo cuyo sostenimiento pueda estar sometido a pautas o reglas de mercado. No se trata del acceso gratis a la asistencia médico sanitaria lo que está en pugna es la salud pública como derecho y servicio público, de todos los ciudadanos, lo que la mercantilización y por efecto la privatización puede liquidar. El gestionar la prestación médico sanitaria con criterios de mercado, esto es, hacer la ficción de que la salud es, en términos generales, una mercancía destinada a ser vendida en el mercado con una rentabilidad adecuada que justifique su producción ⁽²⁶⁻²⁹⁾.

La mercantilización de la salud puede traer como consecuencia: (1). La deshumanización de la medicina y de los servicios de salud; (2). Arrogancia, soberbia y abusos de confianza por parte de algunos médico/as; (3). Intervenciones quirúrgicas infundadas e injustificadas; (4). Desorden, anarquía en el importe o costos de los honorarios profesionales; (5). Investigaciones médicas sin conocimiento de los sujetos participantes aun con la presencia de una normativa manifestada ex profeso; (6). La apreciación del paciente como un expediente o un documento o un motivo de ingreso económico; (7). Responsabilidad o mala práctica profesional; y (8). Ocultamiento de información imprescindible para el paciente en lo referente a su estado de salud; (9). Desprofesionalización de la medicina. que contribuye a la desprofesionalización del ejercicio médico; (10). Corporalización cuando el médico se ve obligado a cambiar su actitud de defensa de los intereses del paciente para convertirse en una pieza de la estructura corporativa, se aleja del imperativo hipocrático y pasa a ser subordinado del mandato corporativo, generando conflictos o dilemas entre la ética médica y la ética corporativa; (11). Proletarización la pérdida progresiva del control de la actividad profesional del médico por convertirse en empleado de estructuras corporativas; (12). Burocratización la cual se forma a nivel de las instituciones conformándose la burocracia corporativa que termina con la calidad del acto médico y deteriora la relación médico-paciente; y (13). Rentabilidad orienta al sistema hacia el beneficio clasifica a los pacientes en rentables y menos rentables, que reciben niveles de atención diferente. Estos es contrario a los principios de humanidad y a las normas éticas profesionales^(28,29).

El resultado de todo ello fue, por parte de la sociedad, la pérdida gradual de la confianza en los médicos y en la dinámica general de la atención a la salud privada y pública. En décadas recientes se tomó conciencia de manera progresiva, de que los problemas y dilemas morales son consecuencia de una problemática más amplia y de que para su abordaje y solución es indispensable hacer una reflexión profunda y detenida sobre las bases éticas en que debe cimentarse la conducta de los médicos.

Finalmente, la mercantilización de la salud atenta contra un derecho humano elemental, como es la preservación de la salud de los ciudadanos. Condena y castiga severamente a los más vulnerables de la sociedad, a los que no pueden asegurarse la salud con una póliza privada, en una doble dimensión: por el lado de la omisión gradualmente progresiva de servicios públicos de atención primaria y especializada, y por el menoscabo en el tiempo de la infraestructura imprescindible e indispensable para una salud de calidad. No es osado, ni arriesgado, ni amenazador, ni desafiante

alegar que la mercantilización de la asistencia médica pública en Venezuela es una cuestión de vida o muerte para los ciudadanos.

La medicina tiene un estatuto moral y una responsabilidad necesariamente distinta a la ciencia, considerando que su objeto de estudio es el hombre y su misión más que la búsqueda del conocimiento, propio de la ciencia, es fundamentalmente una misión de proporcionar ayuda al paciente, siendo una empresa de carácter moral ⁽³⁰⁾.

Conclusiones

El solo hecho de aceptar en el ejercicio profesional el cambio de paciente a cliente ha permitido la ratificación de la medicina no como arte y ciencia, sino como negocio. Como respuesta a ello se le da valor a la salud frente a la enfermedad, contar con una buena salud en la sociedad capitalista se convierte en un valor con un alto precio a pagar, elevándola a un nivel de mercancía.

Existen tres pasos para iniciar un proceso de mercantilización de la salud. El primero sería debilitar los servicios de salud, materializado, por ejemplo, en una larga lista de espera que es producto de otra serie de debilidades del sistema de salud; el segundo judicializar la espera de la salud, y el tercero darle cobertura a lo privado y mostrarlo como una opción eficiente y segura en el mercado.

La mercantilización del sistema de salud atenta contra el principio de solidaridad del sistema y supone un mayor riesgo individual para los pacientes. También menoscaba el control democrático y la participación de los usuarios. La presión cada vez mayor de las empresas para generar beneficios conduce a la subordinación de las prioridades médicas a las preocupaciones económicas y socava la relación paciente-médico.

La relación médico-paciente uno de los binomios de relaciones humanas más complejos, ha variado a lo largo de la historia, desde la Grecia antigua donde la medicina obedecía a una mentalidad mágica religiosa, hoy predomina una mentalidad técnico-científica, sin embargo, la relación médico-paciente, es un acto relacional, que se produce en un contexto, entre actores con distintos antecedentes históricos, económicos, sociales y culturales, que en virtud del proceso de enfermedad, se comunican, construyendo y seleccionando una relación basada en respeto, la confianza, la dignidad en el ejercicio médico, cuando se está viviendo una de las paradojas de la modernidad como lo es la mercantilización de la salud. Lo que genera tensión entre el poder y el deber, entre lo factible y lo responsable no todo lo técnicamente posible es siempre humanamente correcto, ni éticamente responsable, lo que ha contribuido con un franco deterioro la relación médico-paciente actual.

El predominio de lo ético-moral que se está instaurando paulatinamente como modelo de mercado, es decir una especie de mercantilización del Sistema Público Nacional de Salud venezolano, está generando condiciones adversas a los principios y valores que deben orientar el sistema de salud como garante del derecho a la salud y la dignidad humana. Se debe tener en cuenta que para la toma de decisiones en salud es necesario tener presente, además de los elementos técnicos y científicos, los principios y valores ético-morales e incluso los jurídicos legales que están enfrentados y reflexionar sobre ellos para su legitimación. En respuesta a la pregunta si la salud mercantilizada o gerenciada es compatible con la ética médica, la respuesta es NO.

Para concluir, la mercantilización de la salud atenta contra un derecho humano elemental, como es la preservación de la salud y por ende de la vida de los ciudadanos. No es osado, ni arriesgado, ni amenazador, ni desafiante alegar que la mercantilización de la asistencia médica pública en Venezuela es una cuestión de vida o muerte para los ciudadanos. La mercantilización de la salud no es compatible con la ética médica, ni la estamento legal constitucional por lo tanto esta representa más un valor humano esencial que un tipo de negocio para dar respuesta a pregunta inicial ¿Es la salud un derecho o una mercancía? Es un derecho humano fundamental.

Con la mercantilización de la salud pública, el Estado venezolano no están cumpliendo sus obligaciones en materia de derechos humanos. Los titulares de derechos se transforman en clientes o usuarios de empresas de salud privadas que solo buscan la maximización de los beneficios y que rinden cuentas solo a sus accionistas. Esto afecta al sistema democrático, exacerba las desigualdades y genera una discriminación y segregación social insostenible.

REFERENCIAS

1. Justich, Pablo R. ¿Medicina basada en el mercado o medicina basada en el paciente? Arch Argent Pediatr 2015;113(2):146-153. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n2/v113n2a12.pdf>.
2. Tafani, R., (2000), *Economía Sanitaria*, Editorial de la Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina.
3. Temporelli, Karina. Oferta y demanda en el sector sanitario: un analisis desde la economía de la salud. Estud. Econ. 2009;26(53). Disponible en: http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2525-12952009002200003&lng=es.
4. Arredondo López, A, Recamann Mejía, A. "Oferta vs. Demanda: Algunos aspectos a considerar para el estudio del Mercado de Salud", *Hitos de Ciencias económico administrativas*, 2002; (20): 42-47.
5. López, A. y Recaman Mejía, A. "Oferta vs. demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud", *Hitos de ciencias económico administrativas*, 2002Nro.20, pp. 42-47.
6. Spinelli, Hugo. Alazraqui, Marcio. Di Cecco, Vanessa. ¿La salud como derecho o como mercancía? Desigualdades y políticas. Atlas Histórico de América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://atlaslatinoamericano.unla.edu.ar › tomo3>.
7. Pollock, Allyson M. Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos. Revista del CLAD Reforma y Democracia. 2016; (64): 5-50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3575/357544807001/html/>
8. Rodríguez Allen, A. Privatización de la Salud Pública en Costa Rica y América Latina. Heredia: EUNA. 2013.
9. La salud es un derecho, no una mercancía. Editorial. Revista Temas 1999; (55): 5-6. Disponible en: <https://fundacionsistema.com › la-salud-es-un-derecho-...>
10. Benach, Joan. Avanzar al pasado: la sanidad como mercancía. 2012. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2012/07/06/opinion/1341595001_910539.html
11. Moya Cisneros, Carlos Alberto. La mercantilización y lista de espera, de la salud en Costa Rica Cátedra: Revista Especializada en Estudios Culturales y Humanísticos. 2020; (17). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/227/2271334011/index.html>.
12. Saltman, R.; Figueras, J.; Sakellarides, C. (Eds.) 1998. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Open University Press. Buckingham: 5, 302-305. Disponible en:
13. Collado Rodríguez, Lourdes. La mercantilización del derecho a la salud: patentes farmacéuticas. Anuario de Acción Humanitaria y Derechos Humanos6/2009, Bilbao, 91-114 Disponible en: <http://revista-derechoshumanos.deusto.es>
14. Pineda D., Javier A. "Trabajo de cuidado: mercantilización y desvalorización". *Revista CS*, no. SI, 2019, 111+. *Gale OneFile: Informe Académico*, Disponible en: http://www.icesi.edu.co/revista_cs_ingles/
15. Saltman, Richard B.; Figueras, Josep; Otero, A.; Castellón, E.; Martín Moreno, JM. *Reforma sanitaria en Europa: análisis de las estrategias. actuales* Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones, ed. DL. España 1997.
16. Guzmán Urrea, María del Pilar. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado. En la atención sanitaria. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2005; (8): 65-78. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co › article › view>.

17. Friedrich, Heubel. Pacientes o clientes: límites éticos de la economía de mercado en el cuidado de la salud, *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000; 25(2): 240-253. Disponible en: DOI: [10.1076/0360-5310\(200004\)25:2;1-O;FT240](https://doi.org/10.1076/0360-5310(200004)25:2;1-O;FT240).
18. Laurell, A.C. “Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados”, Cuaderno de Relaciones Laborales, 2016 2 [en línea] Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/81229670>.
19. Páez Moreno, R. “Conflictos de interés en la distribución de recursos en salud”, *Revista de Medicina y Ética*, 2020;31 (3) [en línea] Disponible en: <https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n3.04>.
20. Mendoza Cinthya, Ramos-Rodríguez Claudia, Gutiérrez Ericson. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horiz. Med.* [Internet]. 2016 ene; 16(1): 14-19. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100003&lng=es.
21. Celedón L Carlos. Ética de la medicina gestionada. *Rev. Otorrinolaringol. cir. Cabeza Cuello* [Internet]. 2009 Abr; 69(1): 37-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162009000100007>.
22. Hoyos J. La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma. *IATREA* [Internet]. 2001;14(9):141–8. Disponible en: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2734/1/HoyosJulio_relacionmedicopacientesupremciasignoexclusionisintoma.pdf.
23. Ciriani Cernadas J. ¿Podemos revertir el deterioro de la relación médico- paciente? *Arch Argent Pediatr*. 2016;114(4):290–1. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar › pdf › aap>.
24. Martín L, Lechuga B. La Problemática Actual en la Relación Médico-Paciente: Una Visión Reduccionista vs. Una Visión Integradora. *Julio-Septiembre Vol* [Internet]. 2005;6(3). Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2005/spn053g.pdf>.
25. Mintzes, Barbara. Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role?, *PLoS Medicine*, 2006; 3(4) 100 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/events/2007/wha60/es/index.html>.
26. Molina N. Bioethics training in health sciences. *Cienc y Tecnol para la salud Vis y Ocul*. 2016;14(1):117–32. Disponible en: <https://doi.org/10.19052/sv.3544>.
27. Loayssa Lara, Jose Ramon. Ruiz Moral, Roger. García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención Primaria*. 2009; 41(11): 646-649. Disponible en: doi: [10.1016/j.aprim.2009.01.005](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.01.005).
28. Montse Esquerda Helena Roig. ¿Podrá la bioética salvar a la medicina del siglo XXI? *bioética & debat* · 2015; 21(75): 14—17. Disponible en: https://raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/302687.
29. Darras Christian. Bioética y salud Pública: Al cruce de los caminos. *Acta bioeth.* [Internet]. 2004; 10(2): 227-233. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000200010>.
30. Molina, & Ramírez. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2013; 33(4): 287-293. Disponible en: <https://scielosp.org › article › rpsp › 2013.v33n4>
31. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5.453 (Extraordinario), Caracas, Venezuela.
32. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Proyecto de Ley Orgánica de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud. Comisión Permanente de Educación, Salud, Ciencia, Tecnología e Innovación. Caracas, Venezuela. 2022.