

Los altos costos de la atención médica. Un enfoque humanista

CARLOS MARTINEZ-GUTIERREZ*

Pretendiendo mi ingreso a esta tan ilustre corporación, la Academia Nacional de Medicina, y seguramente impactado por la situación económica por la que atraviesa actualmente nuestro país, que se enfrenta a una verdadera crisis económica, fijé mi atención en el tema sobre los altos costos de la atención médica.

Coincidentalmente pasó por mis manos una obra que contenía la copia de un discurso pronunciado el año de 1958 por el ilustre médico humanista reconocido internacionalmente, el doctor Ignacio Chávez, quien en alguna parte de su alocución dijo: "Quien sólo mire la carrera fulgurante de los avances que realiza la medicina, puede no percibir los riesgos severos que esa carrera trae aparejados, puede no darse cuenta de que estamos en un punto de encrucijada, capaz de hacernos cambiar el rumbo, y puede no percatarse de que las conquistas y los avances materiales tendremos, quizá, que pagarlos con una triste moneda, todos, el médico, el enfermo y la medicina misma."¹ Es indudable que a treinta años de haberse expresado esta idea, podemos ver su realidad, pero definitivamente el problema no es tácitamente el que se haya cumplido la sentencia, sino que el problema es si realmente estamos pagando por los genuinos beneficios que nos pueden dar los avances científicos y tecnológicos a que hemos llegado, de otra manera, si el alto costo que tiene actualmente el conservar nuestra salud está justificado por los beneficios que recibimos... he aquí la cuestión; se dice que la salud no tiene precio y que cualquier esfuerzo, o hasta sacrificio, para lograrla estará siempre justificado.

Sin embargo, es cierto que el humanismo que perseguimos no es el tradicional y nostálgico que sólo mira hacia atrás, como lo llama Lafin Entralgo; en consecuencia el humanismo actual debería ser más

dinámico y congruente con la realidad, cuyo objetivo debe ser el hombre mismo conforme a sus intereses cambiantes. (De hecho, la cosmovisión de los humanistas del Renacimiento era de tipo antropocéntrico).

Si aceptamos que la deontología profesional, concebida como ciencia de nuestros deberes, no es cosa fija, inmutable, ni tiene vigencia por sí sola, asumimos también que cambia con el tiempo y con el medio y sólo es valorada en la medida en que se conforma con los principios de la ética.

Si hemos hecho estas reflexiones, es debido a que el tema que nos ocupa es, desde luego, en el momento actual el reto de más trascendencia para muchos administradores: lograr la máxima calidad del producto de su organización al menor costo posible. Por supuestos estamos considerando que para un análisis de costos es indiferente que la institución sea o no de lucro, pues en todas las formas, el financiamiento de la atención médica se supe directa o indirectamente mediante impuestos, cuotas de seguridad social o primas de seguros.

Por otra parte, es bien importante tener conciencia de lo que es la calidad en la atención médica. Hablar de calidad es muy incierto en los establecimientos para la salud, ya que todos los intentos que se han hecho para tratar de medirla, son discutibles; Avedis Donabedian² señala tres conceptos: absolutista, individualizada y social. En Europa, el Profesor Hermann Hofmann³ propone procedimientos pragmáticos para tratar este tema, hace incapié en la necesidad de coordinar métodos en la estructura piramidal de la organización hospitalaria y sugiere establecer indicadores de calidad para problemas selectos que se valoran confidencialmente y con el único objeto de mantener la óptima calidad de la atención médica.

Es importante analizar este tema desde el punto de vista costo-beneficio pues puede ser una guía útil para asignar recursos, si se logra un método satisfactorio

Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, presentado en sesión ordinaria el 16 de agosto de 1989.

* Académico numerario. Instituto Nacional de Cardiología.

para dar valor monetario a los beneficios que se otorgan o se reciben y al cual últimamente se agrega como ingrediente al valor de una "unidad de salud", el peso, que le daría una valoración explícita de los políticos. Con todas estas complicaciones parece cada vez más imperioso buscar para los casos con problemas irreversibles de salud, estrategias que tomen en cuenta factores deontológicos, éticos y morales, que permitan decidir en qué momento no se está abatiendo la calidad de los servicios proporcionados, sino únicamente se están evitando gastos superfluos.

El ejemplo más objetivo se está presentando cada vez con mayor frecuencia en las instituciones. Es el caso de los enfermos irremisiblemente condenados cuya etapa final puede prolongarse mediante recursos esencialmente tecnológicos, gracias a los cuales se les puede dar "vida" casi a voluntad de los médicos pero que en verdad son muertos a los que no se les deja morir: "cuerpos sin vida espiritual, sólo animal, mutilada en lo más noble". En estos casos hay que decidir hasta donde es lícito prolongar una agonía, hasta donde es ético volcar todos los recursos técnicos para prolongar la vida. Cabe pensar, si el verdadero interés es ganar prestigio para el médico y para la institución al hacer alarde de recursos para cumplir con un fin.

Es posible que no sea así, que simplemente el profesional se deje arrastrar por el imperativo tecnológico, y actúe bajo el principio de otorgar la mejor asistencia técnicamente posible sin importar costos, actitud frecuente cuando se está actuando en situaciones donde el pago para el profesional no es directo por el usuario.

Indudablemente, este punto tiene un fundamento dentro de la moral y la ética profesionales y, no olvidemos que la moral, es una problemática que se plantea la conciencia del profesional y que surge del orden o derecho natural. Su coacción y su exigencia no provienen del exterior sino de la misma entraña de la naturaleza humana.

El imperativo moral se impone tan espontáneamente tanto al hombre común, desprovisto de información científica, como al universitario más eminente, tiene las siguientes premisas: universalidad, gratuidad y firmeza.

Aún cuando sabemos que el concepto medular de la ética profesional es el concepto de moral, para el tema que ahora nos ocupa tenemos que mencionar el criterio sugerido por el R. M. Mac Iver, según el cual la ética profesional es un control ejercido por el ideal de servicio sobre el ideal de beneficio. Esta idea, aún cuando no reconcilia el interés económico del pueblo con el de los profesionistas, es frecuentemente seguida por estos últimos.

En resumen, el propósito ha sido dejar asentado que

si bien es de suma importancia investigar nuevos procedimientos y estrategias para tratar de abatir los costos crecientes de la atención médica, buscando que estas medidas no pongan en riesgo la calidad, con este mismo objeto también se deben revisar estrategias que incluyan los preceptos morales, éticos y deontológicos, actualizados conforme a las realidades de tiempo y que, sin incurrir en faltas a estos principios, permitan otorgar todos los beneficios que la ciencia y la tecnología moderna ofrecen para conservar la salud.

Posiblemente un porcentaje de estos problemas se pueden solucionar creando una estrategia basada en las ideas de que el profesional actúe a favor del paciente según lo que el paciente decida y le permitan sus circunstancias. Con esto, el profesional descarga su responsabilidad, siempre que haya ayudado lealmente al paciente o a sus familiares a descubrir y saber emplear los recursos tecnológicos disponibles con una clara conciencia de los verdaderos beneficios y riesgos. Desde luego, esta estrategia sólo es útil desde el punto de vista individual, no social. Frecuentemente se olvida que los individuos son las células integrantes del organismo social y de ninguna manera se pueden desvincular impunemente. Finalmente, está bien claro que esta cuestión no debe ser privativa de un solo grupo profesional; le interesa e incumbe a todos los integrantes del equipo para la salud.

Referencias

1. Chávez I. Conferencia General sustentada ante el III Congreso Mundial de Cardiología celebrado en Bruselas, Septiembre de 1958. En Chávez I. Humanismo Médico, Educación y Cultura. Conferencias y Discursos. México D. F.: Ediciones del Colegio Nacional 1978; I: 27.
2. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. México D. F.: La Prensa Médica Mexicana 1985; 16: 20.
3. Hoffmann H. Quality Assurance in Hospitals. World Hospitals. December 1988; 24: 28.

Comentario

ARMANDO CORDERA*

Agradezco a la Academia Nacional de Medicina por haberme asignado la agradable tarea de dar la bienvenida a nuestra corporación al distinguido profesional y apreciado amigo que es el doctor Carlos Martínez Gutiérrez.

* Académico numerario.

He sido testigo durante cerca de 25 años de cómo el doctor Martínez ha puesto sus múltiples cualidades humanas y profesionales al servicio de las mejores causas de la medicina. Lo ha hecho siempre con gran responsabilidad y talento. Su membresía en la Academia Nacional de Medicina es muy merecida y nuestra corporación sin duda se beneficiará con sus aportes.

El trabajo de ingreso que acabamos de escuchar es un tema de interés actual, pero, sin duda, lo será más en el futuro cercano. Se tocan una gran diversidad de elementos para tratar de sensibilizarnos en un problema que tradicionalmente, los médicos hemos rechazado; quizá porque a través de los siglos hemos considerado que la recuperación de la salud no tiene precio y nosotros debemos luchar por ella, cueste lo que cueste; situación válida cuando el médico luchaba aislado por recuperar la salud de sus pacientes sin la posibilidad de incurrir en gastos excesivos.

El cambio de punto de vista se inicia en 1910 cuando el informe Flexner¹ orienta la educación médica a universidades que tuvieran un hospital, que en muchos casos fue financiado por fundaciones o compañías de seguros con intereses en la tecnología médica y entonces se inicia una carrera que cada día es más compleja y da lugar al desarrollo tecnológico, que requiere de especialistas, los que, a su vez tienen que comprar equipo; éste se va haciendo cada día más complejo y caro, pues aprovecha los espectaculares avances en la química y la física. Con el tiempo la sociedad se inquieta por los costos y nace una nueva disciplina, la Economía de la Salud, con dos etapas sucesivas, la primera, propuesta por Brian Abel Smith de Gran Bretaña en 1956² que pretendía estudiar cómo la política económica gubernamental afectaba a la salud de la población. La segunda, desarrollada por Michael Drummond,³ también de Gran Bretaña, trata de identificar cómo los gastos en salud afectan la economía de un país, de lo que se deriva una práctica médica que actúe dentro de la política económica nacional.

Karl Evang de Noruega,⁴ hace notar que los programas de salud y por lo tanto los de la atención médica, son parte de la política económica y social de un país y por lo mismo son acordes con la estructura de cada uno. Esta es la parte en la que el doctor Martínez menciona a Laín Entralgo, cuando dice que el humanismo actual debiera ser más dinámico y congruente con la realidad para después acotar que su objetivo es el hombre conforme a sus intereses cambiantes.

El trabajo del doctor Martínez se ubica en el nivel nacional y en la política social de nuestro país; a partir de ella, reconoce que los recursos económicos son cada día más escasos y tenemos que buscar su óptima utili-

zación. Aquí el autor nos lleva al concepto de calidad de la atención médica y nos señala la enorme dificultad que existe para definirla, y por lo tanto, para medirla. Desde luego que estamos en total acuerdo, aunque los nuevos intentos por definir y estudiar la calidad han aportado esperanzas de mejores enfoques, me refiero a los estudios de Lohr,⁵ Eddy,⁶ Caper,⁷ etc. que consideran dos conceptos básicos: el proceso y el resultado final del paciente, tomando en cuenta la participación de todo el equipo y no sólo responsabilizando al médico. Se acepta la intervención de la población con sus expectativas, deseos y opiniones. Se realizan estudios más detallados que han permitido conocer que en U.S.A. el 11 por ciento del producto nacional bruto se asigna a los servicios de salud y que una décima parte de la población, aquella de la edad avanzada, consume una tercera parte de los recursos. Los estudios que lleva a cabo la OTA (Office of Technological Assessment) permiten comparar resultados en el uso selectivo de tecnologías que cada médico utiliza, muchas veces sin evidencia de su utilidad.

¿Qué es una curación? Para un médico exigente puede ser la conocida como *ad integrum*; para otros, una recuperación parcial es considerada como un éxito. ¿Se está considerando el resultado a tres meses?, ¿a un año?, ¿a cinco años? Todos estos problemas tienen interpretaciones personales y obligan a discusiones para llegar a definiciones consensuales.

En otra parte de su trabajo el doctor Martínez nos habla del costo-beneficio, importante método de evaluación de alternativas durante el proceso de la planeación y otra vez nos hace reflexionar acerca de si todos los que participamos en el sector salud le damos la correcta acepción a ese término y a otros que hemos tomado prestado de la economía, la administración o la contabilidad, tales como eficacia, eficiencia, efectividad, etc.

Pero quizá los temas dominantes en el trabajo de ingreso del doctor Martínez son el humanismo de la medicina y la ética profesional con todos los problemas que conllevan.

Parece que las inquietudes planteadas por el autor requieren de discusiones constantes para dejar claro a los médicos de nuestro país cual es la posición que debemos adoptar y qué métodos o técnica son recomendables para sacar el mejor provecho posible de los escasos recursos del sector salud, ya sea gubernamental, social o privado.

Por esta aportación y por muchas más que hará a nuestra Corporación, a nombre de la Academia Nacional de Medicina, me es grato dar una cordial bienvenida al doctor Carlos Martínez Gutiérrez.

Referencias

1. Flexner, Abraham. The Flexner Report on Medical Education in the United States and Canada, Washington, D.C.: Science and Health Pub. Inc. 1910.
2. Abel Smith, Brian and Titmuss, R. The Costs of the National Health Service in England and Wales. Cambridge: University Press. 1956.
3. Drummond, M.F. Principios de Evaluación Económica en Asistencia Sanitaria. Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social. Madrid 1983.
4. Evang, Karl in Roemer, Milton: Health Care Systems in World Perspective. Ann Arbor, Mich.: Health Adm. Press 1975.
5. Lohr, Kathleen N.; Yordy, Karl D., and Thier Samuel O. Current Issues in Quality of Care. Health Affairs, Spring 1988.
6. Eddy, David M. and Billings, John. The Quality of Medical Care Evidence. Health Affairs, Spring 1988.
7. Caper, Philip. Defining Quality in Medical Care. Health Care. Spring 1988.

