

I. Factores que han modificado la práctica médica

Octavio Rivero-Serrano*

Introducción

En los últimos años, diversos factores han modificado la forma de ejercer la medicina; éstos han sido analizados por un grupo de académicos y profesores en el seminario permanente *el ejercicio de la medicina*, que se efectúa en el postgrado de la facultad de medicina desde mediados de 1998.

En los últimos 50 años, el rápido adelanto de los conocimientos de la ciencia médica han permitido el diagnóstico y el tratamiento con éxito, de enfermedades incontables en la primera mitad del siglo XX. No es motivo de este simposio insistir en este aspecto; sólo, en el cuadro I, se han recogido algunos de los ejemplos de estos avances.¹⁻³

Cuadro I. Algunos factores de adelanto en el conocimiento

1. Tratamiento de las infecciones
2. Esquemas de vacunación
3. Biología molecular
4. Tratamiento del cáncer
5. Tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas
6. Control del rechazo en trasplantes
7. Medicina genómica

Asimismo, con el desarrollo y utilización de novedosas tecnologías aplicadas al diagnóstico y tratamiento, numerosas enfermedades pueden ser diagnosticadas oportunamente y tratadas con éxito. En el cuadro II se mencionan sólo algunos de estos adelantos.⁴⁻⁶

Cuadro II. Algunos factores derivados del uso de la tecnología

1. Progresos en imagenología
2. El tratamiento de las oclusiones vasculares
3. El manejo no invasivo de los procesos cerebrales
4. La cirugía endoscópica

La sola mención de estos logros nos permite reconocer que el médico, en el momento actual, cuenta con muchos más recursos para atender a sus enfermos, que los que tenía apenas hace 50 años.

A partir de este análisis, tendría uno que aceptar que todos los factores que han modificado el quehacer médico de los últimos lustros son positivos; sin embargo, no es así.

Un factor más, distinto de los mencionados, ha irrumpido en el ejercicio de la medicina: el financiamiento del acto médico por terceros, es un factor de cambio muy importante⁷⁻¹⁰ que incide en la esencia del acto médico, que es la relación directa, de confianza, plenamente libre, entre el paciente y el médico.¹¹⁻¹⁵

Este factor está creciendo en nuestro medio, en el seminario ha sido motivo de análisis y conociendo lo sucedido en otras partes del mundo creemos que deben plantearse los problemas que ha suscitado, para evitarlos.

Trataré de explicar brevemente las causas de un financiamiento distinto al tradicional:

Una consecuencia inmediata de los avances en el conocimiento y del uso extendido de tecnologías modernas es que el acto médico, antes sencillo se ha vuelto complejo, y por complejo costoso.

La medicina compleja y cara ha hecho necesaria la participación de financieros, industriales y comerciantes: necesaria y en cierto grado bienvenida mientras la planeación y la organización estén en manos de médicos. Hasta ahora, el negocio de la medicina, ha hecho proliferar los esfuerzos de los industriales por producir más y más insumos; de los comerciantes por ofrecérselos a los médicos como panacea; de los inversionistas, por participar en la organización de la medicina, proponiendo esquemas novedosos, distintos, en los que ahora son actores principales.

La organización de la medicina, está cada vez menos en manos de los médicos. Es necesario que los médicos recuperen la función planeadora y organizadora de la salud.

*Académico Honorario, Academia Nacional de Medicina, Profesor Emérito, Facultad de Medicina, UNAM,

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Octavio Rivero Serrano, División de Estudios de Posgrado e Investigación, 1er. piso, Cub. 5, Facultad de Medicina UNAM, Circuito Interior, Cd. Universitaria.

El aumento en los costos, hoy es un problema que enfrenta cualquier esquema de atención a la salud. El costo incide cuando se reconoce que la complejidad no se limita a los casos difíciles y complicados, hay otros que deberían ser resueltos por una medicina sencilla pero que se atienden a niveles de medicina compleja, cara, por definición.

Hay que aceptar, que hay una medicina innecesaria

Ante el aumento de los costos, debido en parte al costo de un esquema administrativo sobrado y a las ganancias del intermediario, surge natural la tendencia a buscar diversas medidas de contención de costos. En manos de administradores la medicina vista sólo como negocio, no se puede concebir si no es productiva; para ello, la medicina gasta en la atención del enfermo lo indispensable; sólo que el criterio para definir lo indispensable, no es médico o académico, sino administrativo, financiero, hacer redituable la inversión. Paradójicamente, esa administración aumenta los costos.

La sobre-administración de la medicina, organizada por no médicos, es un hecho que se puede documentar con cifras.¹⁶⁻²⁰ Parece olvidarse un principio elemental: si hay un intermediario entre el paciente y el médico, el proceso se encarecerá y las ganancias serán para el intermediario.

En la contención de costos, la medicina organizada por médicos ha encontrado medidas útiles: los cuadros básicos de insumos, la medicina y sobre todo la prescripción basada en evidencias, la cirugía de corta estancia, la organización de equipos que atienden al paciente en su casa y evitan los internamientos. Los países más ricos, han vuelto los ojos a un recurso fácil y muy médico: el represtigio, la reorganización de la medicina general, para poder utilizarla debe darse instrucción a una sociedad, ahora desinformada por quienes procuran el consumismo de sus insumos. En nuestro medio es un recurso de dudoso éxito, mientras el país mantenga escuelas de medicina cuyo producto terminado no ha certificado su calidad.

Una cruzada de calidad en México, que produce anualmente más de 10 mil nuevos médicos, será factible cuando los médicos generales se certifiquen.

La medicina administrada ha existido en México desde que aparecieron el IMSS, ISSSTE y organismos similares. Sólo que es una medicina administrada de interés social. Las administradoras de salud, de origen privado, buscan con la administración de los servicios médicos realizar un negocio. Éste debe ser redituable, por ello buscan reducir los costos de la atención.

Veamos ahora cuáles son los métodos de contención de costos en la medicina manejada por administradores: se limita el ingreso de los asegurados privilegiando a los que consideran con menor riesgo de presentar problemas de salud; se limitan la prescripción y los estudios para el paciente de acuerdo con criterios administrativos y financieros, no médicos; se limita el nivel de los médicos: dejan la atención de los pacientes a cargo de médicos generales, lo cual significa una limitación en la calidad del servicio; también se limita el nivel de los médicos contratando a quienes aceptan los tabuladores, no a los de mejor currículum; se ofrecen mecanismos de capitación y otros incentivos económicos, a quien contenga costos a base de limitaciones impuestas administrativamente. Todo esto no es teoría, ha sucedido en los países donde estos esquemas se han impuesto.

Si se revisa la bibliografía, surge una pregunta de gran responsabilidad: ¿En otros países ha sido la medicina administrada una solución útil para los pacientes, para la medicina, para los médicos?^{21,22} Al parecer han modificado negativamente la práctica de la medicina en aspectos como: el encarecimiento por intermediación; la relación médico-paciente; el tránsito de la confianza a la desconfianza, el surgimiento de la medicina defensiva y las demandas, que son fenómenos relacionados y crecientes.²³⁻²⁷

Así, principios éticos fundamentales deben considerarse: ¿el médico defiende los intereses del enfermo, o de la compañía que lo contrata? Esta dualidad incide en la ética médica.

El cambio en la forma de ejercer la medicina es un hecho irreversible. Ojalá que aprendamos de errores cometidos en otras latitudes y en otros tiempos, y si va a haber cambios, que sean corrigiendo el error de fondo: la medicina es una profesión de servicio; no un negocio. Si los intereses financieros no permiten el regreso a este concepto básico los resultados no serán los que los humanos deberían obtener gracias a los grandes adelantos en la ciencia y la tecnología médicas.

Referencias

1. **Wise J.** Se eleva la expectativa de vida a nivel mundial *BMJ* 1998;6:204.
2. **Torrés SAM.** Medicina del tercer milenio. *Rev Med IMSS* 1998;36(3):245-52.
3. **Savill J.** El papel de la biología molecular en la comprensión de las enfermedades. *BJM* 1997;5:171-174.
4. **Michel BC, Van Hout BA, Bonsel GJ.** Assessing the benefits of transplant services. *Baillier's Clin Gastr* 1994;8(3):411-23.
5. **Wilson CB.** The impact of medical technologies on the future of hospitals. *BJM* 1999;319:1287-94.
6. **Dowie R, Langman M.** Staffing of hospitals: future needs, future provision. *BJM* 1999;319:1193-95.

7. **Rodwin MA.** Conflict in managed care. *N Engl J Med* 1995;332(9):604-07.
8. **Frankel T.** Fiduciary law. *Calif Law Rev* 1983;71:795-836.
9. **Mariner WK.** Business vs. medical ethics: conflicting standards for managed care. *J Law Ethics* 1995;23:236-46.
10. **Kassierer JP.** Managed care and the morality of the marketplace. *N Engl J Med* 1995;333(1):50-2.
11. **Feldman D, et al.** Effects of managed care on physician-patient relationship, quality of care, and the ethical practice of medicine: a physician survey. *Arch Intern Med* 1998;158(15):1626-32.
12. **Li J.** The patient-physician relationship: covenant or contract? *Mayo Clin Proc* 1996;71(9):917-18
13. **Glass RM.** The patient-physician relationship. Focuses on the center of medicine. *JAMA* 1996;275(2):147-8.
14. **Emanuel EJ, Dubler NN.** Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995;273(4):323-9.
15. **Crawshaw R, Rogers DE, Pellegrino ED, et al.** Patient-physician covenant. *JAMA* 1995;273:1553.
16. **Iglehart JK.** The American health care system-expenditures. *N Engl J Med* 1999;340(1):70-6.
17. **Robinson JC.** HMO market penetration and hospital cost inflation in California. *JAMA* 1991;266(19): 2719-23.
18. **Hirschfeld EB.** Should third payers of health care services disclose cost control mechanisms to potential beneficiaries? *Seton Hall Legis J* 1990;13:115.
19. **Woolhandler S, Iffimelstein DU.** The deteriorating administrative efficiency of the US Health Care System. *N Engl J Med* 1991;324(18):1253-58.
20. **Woolhandler S, Femmelstein DU.** Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *N Engl J Med* 1997;336(11):769-74.
21. **Patiño Retrepo JF.** Reforma y crisis de la salud. Ley 100 de 1993, Academia Medicina Colombia; 1999.
22. **Stocker K, Waitzkin H, Iriart C.** The exploration of managed care to Latin America. *N Engl J Med* 1999;340(14):1131-6.
23. **Hillman AL.** Financial incentives for physicians in HMOs: is there a conflict of interest? *N Engl J Med* 1987;317:1743-8.
24. **Rodwin MA.** *Medicine. Money and morals. -physicians conflict of interest* New York; Oxford University Press; 1993.
25. **Johnson J, Nfitka M.** Managed care maelstrom. *Am Med News* July 25, 1994:1.
26. **Angell M.** The doctor as a double agent. *Kennedy Inst Ethics J* 1993;3:2279-86.
27. **Laurell AC.** Health reform in Mexico: the Promotion of inequality. *Int J Health Serv* 2001;31(2):291-321.

II. La administración de los recursos en medicina

Alberto Lifshitz*

La administración nace como respuesta al hecho de que las necesidades siempre superan a los recursos, aun en los países y las organizaciones ricas. Administrar los recursos significa aprovecharlos óptimamente en un afán de evitar desperdicios, de disponer de ellos oportunamente y de hacerlos congruentes con las necesidades.

Los médicos de varias generaciones fuimos educados en una falacia: que los recursos para la atención médica eran infinitos o, al menos, que no había que cicatearlos en beneficio de la mejor atención del paciente del momento. Ha sido en la práctica que hemos aprendido que el dispendio en el paciente de hoy significa la escasez para el de mañana. Este soslayo de los aspectos económicos de la práctica médica fue provechosamente utilizado por negociantes, se incentivó el dispendio de tal modo que se cayó en los excesos de

abusar en la indicación de estudios complementarios, prescribir medicamentos superfluos y hasta realizar cirugías innecesarias.

Los costos de la atención médica han venido incrementándose¹ de tal manera que las estrategias de contención se volvieron imperativas. Si bien la contribución relativa de los médicos y los pacientes a este aumento no es seguramente la mayor,² hace ya varios años se inició una tendencia a profesionalizar la administración de la atención, a no dejarla en manos de los médicos, a menos que en cierto modo éstos dejen de serlo para convertirse en gerentes. Hoy en día, a los valores propios de la administración se adicionan los intereses del empleador y los del asegurador, y se ha identificado plenamente que la atención a la salud puede ser un negocio muy rentable, siempre y cuando se apliquen principios empresariales. Esto ha generado un

*Académico Numerario, Academia Nacional de Medicina.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Alberto Lifshitz Calle Sierra Itambe 60, Col. Real de las Lomas, 11920 México, D.F.

Cuadro I. La administración de los recursos según diferentes perspectivas

Perspectivas	
Financiera	Médica
Valores monetarios	Valores sanitarios
Centrada en la eficiencia	Centrada en las necesidades del paciente
El mejor camino en términos económicos	El mejor camino en términos cibernéticos
Limitación de estudios costosos	Limitación de estudios superfluos

choque cultural, difícil de asimilar para los médicos, pues entran en cuestionamiento muchos de los fundamentos que han guiado la práctica de nuestra profesión por siglos: al restringir el acceso de los pacientes y los médicos a algunos recursos de la atención médica en función de su precio, al rendir culto a la productividad y el eficientismo, al propiciar la existencia de prestadores de servicios alternativos, al plantear supuestas alternativas de menor costo y al generar una sobreoferta de prestadores de servicios.

El conflicto surge a partir de la contrastación de los valores tradicionales de la medicina con los de las empresas centradas en obtener utilidades. Más aún, se pueden confrontar los valores de una administración bajo la perspectiva financiera con los de una perspectiva médica, como se puede ver en el cuadro I.

La administración de recursos lleva implícitos dos términos con raíces parecidas: racionalidad y raciona-

Cuadro II. Criterios del racionamiento

Económico
Utilitario
Discrecional
Prioridad en la demanda
Aleatorio
Burocrático
Basado en necesidades

miento. El primero denota el uso de la razón, mientras que el segundo se refiere a la distribución de raciones y supone restricciones inevitables.³ Los criterios de racionamiento se pueden ver en el cuadro II. Son los recursos escasos los que imponen la necesidad de racionalizar y de racionar. Aun el tiempo de los médicos es un recurso escaso, no se digan los medicamentos, procedimientos, equipo e instrumentos, particularmente los más costosos y los más demandados. La administración es, pues, si se quiere, un mal necesario.

El racionamiento siempre lleva cuestionamientos éticos pues supone restringir a unos lo que se otorga a

otros. Acaso se busca una justicia distributiva cuyos criterios se muestran en el cuadro III.⁴

El racionamiento económico implica que quien tenga con qué pagarlo tendrá acceso al recurso; en el modelo

Cuadro III. Criterios de la justicia distributiva

A cada quien una parte igual
A cada quien según su necesidad
A cada quien según su esfuerzo
A cada quien según su contribución
A cada quien según su mérito
A cada quien según el mercado

de práctica liberal de la medicina, prevalente desde hace muchos años y basado en lo que hoy se llama *pago por evento*, las camas de terapia intensiva y otros recursos costosos se asignan a quien pueda pagarlas. Por otro lado, el criterio de racionamiento mejor aceptado en los medios institucionales ha sido el utilitario, basado en una ética consecuencialista, según el cual los recursos se asignan primero a las personas más productivas, bajo el lema de *hacer el bien al mayor número de personas posible*. Con ello, quedan en la zaga los inválidos, los ancianos, los desempleados y los que no tienen familia. Cuando se aplica un criterio discrecional se deja a juicio del directivo la distribución de los recursos sin que tenga que hacer explícitas sus razones. Asignar los recursos según la prioridad en la demanda, es decir que el que primero lo solicite será el que tenga acceso a él hasta que éste se agote, de tal manera que quien llegue tarde ya no alcanzará, ha sido la forma predilecta de eludir la participación en las decisiones de racionamiento, interpretando erróneamente que es el azar el que determina la oportunidad. Burocrático es un sistema que selecciona a los usuarios que tendrán acceso a los recursos con base en su persistencia, docilidad y paciencia para someterse a todos los requerimientos y aun a los malos tratos de los empleados; quien no está dispuesto a tal sometimiento cambia de sistema y libera el espacio para que lo ocupe otro usuario.

Los médicos nos identificamos mejor con un sistema de racionamiento que se base sobre todo en las necesidades de los pacientes. El asunto no es tan sencillo en la medida en que las necesidades no siempre se expresan como demandas y los médicos adquirimos la responsabilidad de diagnosticarlas. Es obvio que distintos pacientes con la misma enfermedad pueden tener necesidades diferentes, en un caso tratamiento agresivo y costoso, en otro un manejo paliativo y en otro más sólo cuidados afectuosos y comodidades sencillas.

Si la administración médica se profesionalizó con el propósito de racionalizar los recursos y contener costos, habría que reconocer que en algunos casos el resultado ha sido precisamente el contrario, pues el crecimiento desmedido de los cuerpos administrativos ha engordado considerablemente la nómina. Hoy las unidades de atención médica no sólo cuentan con administradores y sus ayudantes, sino con contralores, gerentes de recursos humanos, materiales y financieros, áreas de compras, de aseguramiento de la calidad, etcétera, que a veces conforman un contingente mayor que el de los servicios directos al público.

La corriente administrativa que considera a los médicos responsables de los altos costos de la atención médica ha propiciado restricciones a su libertad de acción. Los incentivos son ahora al ahorro y no al gasto.

Los procedimientos de capitación propician la necesidad de reconsiderar varias veces la indicación de un procedimiento costoso, porque los riesgos financieros los corre ahora el médico. El médico de primer contacto se convierte en un vigilante o portero (gatekeeper)⁵ que trata de detener cualquier exceso. Algunos de los críticos de la medicina basada en evidencias han visto en ella una trampa que puede ser aprovechada por los administrativos al utilizarla como punto de referencia para sancionar las acciones individuales de los médicos. La administración basada en protocolos de atención supone que los procedimientos se pueden ajustar siem-

pre a lo previsto y que el cálculo de los costos se puede hacer con anticipación. Este pensamiento permite, desde luego, presupuestar adecuadamente, pero significa desconocer la variabilidad de los pacientes y la influencia de la comorbilidad más allá de la suma aritmética. En la medida en que se tenga la suficiente flexibilidad para reconocer estas diferencias, el sistema puede ayudar al uso eficiente de los recursos. El administrador es como el árbitro en los deportes; su trabajo es mejor mientras menos se haga notar.

En resumen, la necesidad de adaptar los escasos recursos a las enormes necesidades obligan a acciones que siempre tienen interrogantes éticas,⁶ y suponen restricciones a la práctica médica. El médico contemporáneo ya no puede ejercer su profesión sin una conciencia clara de los costos, desde luego que sin supeditar a ellos sus responsabilidades con el paciente. La administración de los recursos está implícita en la práctica médica, como una disciplina auxiliar que facilita el desempeño y propicia un mejor servicio a la sociedad sin atentar contra los valores fundamentales de la profesión médica.

Referencias

1. **Rivero-Serrano O.** Los altos costos de la medicina actual. Ponencias y Discursos 1995-2000. México: Consejo de Salubridad General; 2000.
2. **Miller GA.** HMOs say: "Doctors and patients are the problem!". In: Speak now or forever rest in peace. Gordon Miller, MD, Publisher; 1997. p. 55-64
3. **Lifshitz A.** El racionamiento de la atención médica. Rev Preven Salud 2001;2(6):19-20.
4. **Beauchamp TL, Childress JF.** Principles of biomedical ethics. 5th ed. Oxford University Press; 2001.
5. **Berkman S.** The HMO survival guide. New York: Villard Books; 1997
6. **Cordera-Pastor A.** Administración de salud y ética. Direc Med 2001;8:14-8.



III. Las demandas a los médicos y los hospitales

Héctor Fernández-Varela Mejía*

En las últimas décadas, los servicios de salud han adquirido una gran relevancia en todas las naciones del mundo, relevancia que obedece al reconocimiento de la salud como uno de los más importantes bienes del ser humano, cuya protección constituye un derecho asumido por los gobiernos, como es el caso de México que lo ha elevado a norma constitucional.

Considero que en nuestro país los servicios de salud tanto públicos como privados tienen adecuados niveles de calidad, pero existen variaciones que no se pueden soslayar. La calidad de los servicios de salud obedece en gran medida a los recursos financieros, al equipamiento y a la organización institucional, pero también a la eficiencia, racionalidad y calidez con que se otorgan. Los servicios de salud, sean personales o institucionales, deben prestarse con el fin de garantizar, en lo posible, una vida plena y satisfactoria a cada uno de los pacientes que atendemos.

Este objetivo se cumple cabalmente cuando se establece una asociación virtuosa en la relación médico-paciente o institución-paciente, que busque indefectiblemente el mayor nivel de salud posible para el enfermo.

El médico aporta su pericia, su diligencia, su preocupación por la salud y la vida del paciente y su genuino interés en cumplir las expectativas del mismo. El paciente a su vez debe aportar su deseo en lograr la curación, su confianza en el médico, procurar entender su enfermedad y el plan de atención que se le propone, para participar positivamente en la toma de las decisiones que le competen.

Cuando la relación médico-paciente se distorsiona por alguna causa, ya sea inherente al médico o al equipo de salud o bien actitudes del propio paciente, los objetivos de uno y otro divergen en detrimento del estado de salud del enfermo, ocasionando insatisfacción y frustración que pueden desembocar en quejas o demandas.

Esas situaciones han ido creciendo en número e importancia no sólo en otros países sino también en el nuestro, como puede constatarse en las estadísticas de los organismos que reciben este tipo de quejas, denuncias y demandas.

Los factores que a mi juicio distorsionan con más frecuencia la relación médico-paciente, pueden ser

divididos, aun cuando sea en forma arbitraria, en extrínsecos e intrínsecos a dicha relación, considerando entre los primeros aquellos que se manifiestan en la sociedad actual y como intrínsecos a las desviaciones que se aprecian en la relación médico-paciente propiamente dicha.

Como factores extrínsecos se pueden citar:

- A) La importancia creciente que tienen la salud individual y colectiva para la sociedad contemporánea.
- B) El hecho que vivimos en un mundo "globalizado" donde la información fluye en forma continua e indiscriminada de tal manera que todos, empezando por los comunicadores, emiten juicios y críticas sobre cualquier tema a pesar de carecer de elementos suficientes para hacerlo.
- C) Los avances científicos y tecnológicos del siglo pasado son en tal forma asombrosos que han creado en la sociedad expectativas que van más allá de los reales alcances de esos descubrimientos e innovaciones.
- D) El mundo de los negocios ha percibido que los servicios médicos y de salud en general, pueden ser una empresa lucrativa pero sin observar el debido cumplimiento de los principios éticos fundamentales del ejercicio médico.
- E) Mucho de lo anterior ha elevado en forma alarmante los costos de la atención a la salud que afecta la economía, no sólo de los pacientes sino de las instituciones e incluso de los países.
- F) Tampoco existen incentivos adecuados para el personal de salud de las instituciones.

Como factores intrínsecos que afectan la relación entre pacientes y servicios de salud, personales o en equipo, es necesario considerar los siguientes:

- A) La despersonalización de la relación médico-paciente no sólo en las instituciones sino incluso en la medicina privada, al participar en la atención equipos de salud multidisciplinarios, pero con frecuencia con niveles inadecuados de compromiso con el paciente y en ocasiones sin la debida coordinación.

*Profesor de Asignatura "B", Facultad de Medicina, UNAM

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Héctor Fernández-Varela Mejía, Circuito Exterior s/n Edif. "T", P.B. Cd. Universitaria, 04510 México, D.F.

- B) Con frecuencia la comunicación con el paciente no es la adecuada; no se le explica con claridad su problema ni las alternativas de manejo con el fin de que tome las decisiones que le corresponden, violando así su derecho a la autonomía terapéutica.
- C) Cuando los propósitos lucrativos de los servicios están por encima del bienestar del paciente, y éste así lo percibe, la relación se vuelve desconfiada y poco abierta.
- D) En muchos casos la distorsión es responsabilidad del paciente por abrigar falsas expectativas o permanecer pasivo y desconfiado en el manejo de su enfermedad.
- E) Desde luego una atención de mala calidad, donde se haga evidente la impericia, la imprudencia, la negligencia o la falta de recursos propicia un clima negativo.
- F) Otro factor nada despreciable y bastante frecuente que distorsiona la relación médico-paciente u hospital-paciente son los comentarios críticos, muchas veces mal informados y a veces mal intencionados de otros médicos o familiares.

Es necesario acotar que, si bien los factores mencionados arriba, tienen que con la medicina que se ejerce actualmente, también es cierto que las quejas y demandas al médico son tan antiguas como la medicina misma. Desde la antigüedad las naciones han legislado sobre la práctica médica y sancionado sus desviaciones. En palabras del doctor Alejandro Aris: *desde que existe el hombre existen las enfermedades. Desde que existen las enfermedades existen los médicos. Y desde que existen los médicos el hombre no ha dejado de hablar mal de ellos.*

Bastan para ello dos ejemplos: una estrofa de Quevedo que dice hablando de un médico:

*Quien os lo pintó cobarde
no lo conoce, mintió
que ha muerto más hombres vivos que
mató el Cid campeador*

y otra de Liborio Porcet:

*Aquí yace Don Mamerto
médico muy afamado
el cual a nadie ha matado
se entiende, desde que ha muerto*

Entre los antecedentes históricos en el campo de la legislación sobre la medicina podemos citar desde el Código de Hammurabi que data del siglo XVIII a.c. y el juramento de Hipócrates (siglo V a.c.), las sentencias de Alejandro Magno (Macedonia siglo IV a.c.), la ley aquilia

(Roma siglo VI, a.c.), el Código Florentino (siglo XV d.c.), la legislación de Justiniano (Constantinopla siglo VI d.c.), el libro de leyes de Nezahualcóyotl (México siglo XII d.c.), las Normas del Real Tribunal del Protomedicato (Nueva España 1630 d.c.), los sucesivos, Códigos Sanitarios (México siglos XIX y XX), la Declaración de los Derechos del Paciente (Lisboa 1981), la Ley General de Salud (1984) y el Código Penal (1933) de nuestra patria.

No queda ninguna duda de lo veraz de la sentencia de Alejandro Aris sobre las inconformidades de la sociedad con la mala práctica de la medicina; sin embargo, es evidente que en la actualidad esto se ha incrementado con consecuencias más negativas que positivas sobre la calidad y los costos de la atención a la salud.

Jorge Mario Magallón, prestigiado catedrático y abogado expresa que "los problemas sobre responsabilidad que enfrenta en la actualidad el profesional de la medicina, parecen surgidos apenas en esta época de notorio avance científico, que ha sido capaz de reproducir la vida humana en una probeta, cuando parece coexistir simultáneamente, la develación del íntimo secreto del misterio divino de la creación vital, con una indirecta manifestación de la pérdida del sentido de reverencia que tradicionalmente se había tributado a quienes practican el arte y la ciencia de preservar la salud humana".

En algunos países el problema es en verdad alarmante, como observamos en nuestro vecino del norte donde uno de cada tres médicos ha sido demandado a lo largo de su ejercicio profesional y uno de cada cinco ginecobstetras es demandado cada año; situación que los ha llevado a la elevación constante de las primas por seguros de responsabilidad profesional y a la práctica de una medicina defensiva, fenómeno difícil de revertir por los grandes intereses económicos que están en juego.

En Inglaterra, aun cuando el problema es menor por el tipo de sistema de salud inglés, también es preocupante y creciente; Canadá ha establecido incluso una autoridad especial encargada de investigar denuncias, juzgar y aplicar sanciones. Países como España y Argentina sufren un crecimiento continuo de las demandas.

Resulta interesante el caso de Suecia donde existe un seguro nacional para el pago de indemnizaciones médicas, previo análisis y clasificación de la queja por un cuerpo médico *ad hoc*, que evita que se entablen demandas judiciales como sucede en otros países.

En México nuestras leyes establecen que el médico debe responder por sus errores tanto voluntarios como por los involuntarios como impericia o accidentes no previstos. Así, los pacientes tienen el derecho de denunciar o demandar ante el poder judicial aquellas situaciones que supongan responsabilidad de los médicos o los hospitales. Sin embargo el número de casos es aún bajo si se compara con otros países.

Las instituciones que pueden recibir quejas y demandas son:

- A) Los tribunales donde existen centenares de juicios civiles y penales en juzgados, tribunales superiores y hasta en la Suprema Corte de Justicia
- B) Las procuradurías de justicia, tanto federal como estatales; donde también existen centenares de averiguaciones previas por las denuncias de carácter penal, que comúnmente acompañan a las demandas civiles.
- C) La Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo que recibe e investiga quejas en contra de servidores públicos (médicos, enfermeras, directivos de unidades médicas, etc.).
- D) Las Comisiones de Derechos Humanos, tanto nacional como estatales, que reciben quejas por supuestas violaciones a los derechos humanos de los pacientes por parte del personal de las instituciones de salud de carácter público, cuyos servicios profesionales las interpretan como actos de autoridad, lo cual considero discutible.
- E) Las oficinas de atención al derechohabiente de las instituciones de seguridad social que reciben anualmente decenas de miles de quejas contra los servicios de salud de dichas instituciones.
- F) Las comisiones de arbitraje médico, tanto nacional como estatales, que desde su creación en 1996 reciben un promedio de 4,500 casos anuales.

Por lo que se refiere a las denuncias de carácter penal se puede citar el análisis realizado por la doctora Carrillo Fabela sobre 283 dictámenes médicos realizados por los servicios periciales de la Procuraduría General de la República: en 47.7 por ciento de esas denuncias no existió falta médica, en 31.7% sí se acreditó la responsabilidad del médico y en el 20.8% restante no se tuvieron elementos suficientes para dictaminar.

De los 89 casos en que se estableció la responsabilidad, 79% fueron por negligencia y 21% por impericia. La especialidad más frecuentemente involucrada fue gineco-obstetricia en 36%, después cirugía general en 19%, urgencias en 17.5% y anestesiología en 13.5%.

La falta se cometió en aspectos de diagnóstico en 38% de los casos, en tratamientos quirúrgicos de 27%, en tratamientos médicos 21% y 13.5% en procedimientos anestésicos.

Analizando 100 de los juicios arbitrales realizados en la CONAMED se aprecia que 80 de ellos se derivan de atención privada, catorce de instituciones del estado para población abierta y sólo seis instituciones de seguridad social, lo cual se explica porque sólo en forma excepcional estas instituciones aceptan someterse al juicio arbitral.

De estos 100 casos el laudo arbitral (sentencia) estableció que en 60 no había habido mala práctica, pero sí se comprobó ésta en el 40% restante, lo cual coincide con lo encontrado en el estudio de la doctora Carrillo sobre la casuística de la PGR. Sin embargo es importante destacar que en los últimos años la proporción se elevó a 49 contra 51.

Al hacer un análisis de los 642 dictámenes médicos periciales reportados por CONAMED en su informe de 1999 a 2000, elaborados a petición de órganos de procuración e impartición de justicia, de la SECODAM y de otras autoridades, se aprecia que 86.7% correspondió a la seguridad social, 8.8% al sector privado y sólo 4.5% la asistencia pública. Este volumen de 642 casos nos da una idea del número de quejas y demandas contra médicos que se reciben en los organismos mencionados, sobre todo considerando que envían a la CONAMED sólo una parte de su casuística.

En la conclusión de los 642 dictámenes elaborados por CONAMED de junio de 1999 a mayo de 2000, se aprecia que existe también un incremento de la proporción entre mala táctica y buena práctica, el riesgo global de mala práctica (Q) fue de 0.572.

Dicho factor de riesgo, analizado por especialidades, muestra proporciones distintas siendo el mayor para anestesiología y el menor para neurocirugía.

	Total	Responsabilidad	
		Sin	Con
Ginecoobstetricia	163	52	111
Cirugía general	74	21	51
Traumatología y ortopedia	71	39	32
Medicina interna	49	25	24
Anestesiología	37	6	31
Neurocirugía	35	23	12
Las demás	213	107	106
Total	642	275	367

Conclusiones

Es evidente que en nuestro país las demandas o quejas contra los médicos y los hospitales no arrojan las cifras y proporciones que tienen en otros países; si consideramos que en nuestro país cada día hábil se realizan más de un millón de acciones médicas (consultas, partos, cirugías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, etc.) y que sólo se recibe un promedio de 20 quejas en la CONAMED, que si bien es cierto que no representan todos los casos de inconformidad que se suscitan con los servicios médicos, sí puede tomarse como indicador, al igual que el hecho de que las denuncias o demandas

recibidas en las instancias de procuración e impartición de justicia no deben ser más de dos diarias en todo el territorio nacional (no se dispone de estadísticas contables y completas), con estos indicadores podemos apreciar que la proporción es realmente muy baja.

No obstante existe una clara tendencia al alza; las razones para este incremento son múltiples, a mi juicio en dicha tendencia influyen preponderantemente la publicidad negativa y a veces infundada de los medios de comunicación sobre casos de "mala práctica", los altos costos de la atención médica que fuerzan a los pacientes y sus familiares a recuperar los gastos de una atención que a su juicio no tuvo resultados positivos o precisamente existieron resultados negativos que obligaron a nuevos tratamientos; la proliferación de despachos de abogados que han encontrado en las demandas contra médicos y hospitales o bien en la defensa de éstos un negocio lucrativo. En la medida que los médicos tomen seguros de responsabilidad profesional se hace más atractivo el beneficio económico para los abogados, se gane o se pierda, y por último precisamente las campañas de las compañías aseguradoras que al principio ofrecen primas muy bajas, pero después las irán incrementando en la medida en que aumenten las demandas, como sucedió en Estados Unidos de América.

Sin embargo sería injusto soslayar la mala calidad con que se prestan algunos servicios y la negligencia e

impericia con que actúan algunos médicos, por fortuna pocos; la falta de recursos y personal capacitado de algunos hospitales y el mercantilismo creciente con que en ocasiones se prestan los servicios de salud.

Referencias

1. **Aris A.** Las anécdotas de la medicina. 1st ed. México: Editorial Planeta Mexicana; 1999.
2. **Carrillo Fabela LMR.** La responsabilidad profesional del médico. 3rd ed. México: Roma; 2000.
3. Código civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la república en materia federal. México: Editorial Sista; 1998.
4. Código Penal Federal. Colección penal. 3rd ed. México: Ediciones Delma; 2000.
5. CONAMED. Cuaderno de divulgación. Preguntas y respuestas sobre CONAMED. México; 1997.
6. CONAMED. Cuarto informe de actividades México. 2000
7. **Fernández Varela MH.** La responsabilidad profesional y jurídica de la práctica médica. Simposio, Academia Mexicana de Cirugía. México, D.F.: 1999.
8. **García Ramírez S.** La responsabilidad penal del médico. 1st ed. México: Editorial Porrúa; 2001.
9. Legislación Sanitaria. Ley General de Salud. 6th ed. México: Ediciones Delma; 2000.
10. **López Muñoz, Gustavo y Larraz.** Defensas en las negligencias médicas. Editorial Dykinson; 1991.

IV. El impacto de la tecnología en la práctica de la profesión médica

Roberto R. Kretschmer*

De los temas de este simposio, me ha tocado en suerte el de impacto de la tecnología en la práctica médica. Y digo suerte, pues de los otros aspectos que han encarecido la práctica médica. (i.e. demandas de mala práctica, seguros de protección médica, medicina innecesaria, etc.) el mío es, con mucho, el tema menos impugnado. Por supuesto que no todo lo relativo a la tecnología y la medicina es miel sobre hojuelas. El que la tecnología

incida sobre la práctica médica se antoja un lugar común. Resulta inevitable e inexorable la forma en que la tecnología afecta nuestra profesión. Se recomienda a los interesados que lean los excelentes capítulos que sobre este tema escribieron recientemente los doctores Malaquías López, Pelayo Vilar, Francisco Tenorio y Alberto Lifshitz en el libro editado por los doctores Octavio Rivero y Miguel Tanimoto "El Ejercicio Actual de

*Académico Titular, Academia Nacional de Medicina.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Roberto R. Kretschmer, Jefe de la Unidad de Investigación Médica en Inmunología, IMSS, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Pediatría, Av. Cuauhtémoc 330, 3er. piso, Col. Doctores. 06720, México, D.F.

la Medicina¹¹ o en el texto dedicado a este tema por los doctores Misael Uribe y Malaquías López "Evaluación de Tecnologías en Salud 2000."¹² Voces expertas que lo obligan a uno a sólo intentar glosas o comentarios. Viñetas quizás a lo ya tan bien expuesto.

Nos gusta creer —equivocadamente desde luego— que la tecnología irrumpe en la práctica médica, específicamente en el diagnóstico, con el estetoscopio de Laennec (1806), primero como un modesto rollo de papel, luego como un elegante tubo ensamblable de madera. De entonces para acá el costo de un estetoscopio no ha cambiado en forma exorbitante. Pero los estetoscopios más recientes ya conllevan un buen caudal de investigación (propiedades acústicas de los materiales, formas, etc.) lo que nos hace recordar que el progreso tecnológico ya no es como el golpe genial de Laennec, sino que cuesta dinero, y cada vez cuesta más dinero. Uno de los mejores negocios del conocido grupo musical de los Beatles fue el de invertir en la industria EMI para el desarrollo tecnológico de la tomografía computarizada. En ese mismo espíritu se inscriben también el ultrasonido emparentado con el radar bélico, el Doppler (color) con su origen en la musical Austria, la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones, las fibras ópticas, las sondas génicas, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), etc. Se trata de ciencia de vanguardia como lo demuestra el hecho de que la tomografía computarizada y el PCR merecieron sendos premios Nobel en medicina o fisiología. Pero los inversionistas que arriesgaron, también lo ven como negocio. Y quieren sus ganancias.

La disponibilidad de estos recursos tecnológicos no sólo ejerce un efecto seductor sobre los practicantes de la medicina, sino que ahora, para defenderse mejor en casos de demandas de mala práctica, ejercen lo que se ha dado a llamar medicina defensiva. Así, no sorprende que Rao y colaboradores.³ recomiendan el uso de la tomografía computarizada abdominal en el diagnóstico diferencial de la apendicitis para elevar la certeza diagnóstica a cerca de 98%, todo porque la procrastinación en la cirugía de la apendicitis constituye el tema número uno de las demandas de mala práctica en los EE.UU. Algo parecido puede señalarse en el caso de la sinusitis, donde la tomografía supera en 20% la certeza diagnóstica de la radiografía simple, aunque el precio del diagnóstico se incrementa dos a tres veces.

Los avances tecnológicos en la terapéutica a veces se antoja que vienen de la ciencia ficción. Las válvulas de todo tipo, los coiles de platino para trombosar selectivamente lechos vasculares anómalos, el almacenamiento de sangre de cordón umbilical... para lo que se ofrezca como trasplante en un futuro incierto, la terapia génica, etc, etc. Aquí conviene recordar que no se ha diseñado todavía un Sistema de Salud que le ofrezca... *j... de todo*

a todos! Pero resulta moralmente incómodo negar o no proponer lo que la ciencia médica más avanzada puede ofrecer.

En el rubro *preventivo*, las vacuna génicas, una nueva y novedosa manera de presentar el antígeno al aparato inmunológico, prometen darle un nuevo giro a lo que de por sí ha sido lo más acertado que ha hecho la medicina por la humanidad. Los plásmidos o vectores de conversión incorporan los planos genéticos del antígeno, insertándolo, no en el genoma del individuo sino en la maquinaria de expresión proteica de la célula. La autoinmunidad tornada en fenómeno benéfico, por así decirlo. En animales esto ya es una realidad, y no sería extraño que el SIDA fuera, en los humanos, el primero en ver sus beneficios.⁴

Pero son tiempos nuevos también en sentido ético. Un viejo adagio comercial norteamericano dice que en eso de vender objetos —o servicios— siempre opera aquello de *... good .. cheap ... and fast. But pick only two of them!* Si uno juega con estos tres rubros resulta inescapable que la satisfacción de dos de ellos lleva al sacrificio o inversión del tercer elemento. En la salud parece que muchos creen que se pueden pedir *j... los tres!* Con respecto a la tecnología, si ésta ayuda a una atención médica mejor y más rápida ... ésta ciertamente no será barata.

La salud pública debe perseguir la mejor calidad de vida para el mayor número posible de usuarios. Aquí cabe recordar la tan curiosa como quizás irónica recomendación de recientes encuestas holandesas y checas de no animar a la gente a que abandone el cigarro, pues de hacerlo la gente viviría más y esto le costaría al estado más dinero en forma de pensiones prolongadas, amén de costos de tantos y tantos achaques en los viejos que de por sí ya no le sirven productivamente a la sociedad *¡Cosas veremos, mío Cid!*

¿Se puede realmente medir el uso apropiado de una determinada tecnología en la práctica médica? El mejor esfuerzo académico respecto a esta pregunta lo constituyen las llamadas encuestas UCLA-RAND-Delphi con estadísticas kappa.⁵ Paneles de médicos, escrupulosos y meticulosamente escogidos han arrojado respuestas más bien desalentadoras. Así, en el caso de la histerectomía y en el de los puentes coronarios, se llegó a la conclusión de que si bien en la zona de posible subutilización el consejo era razonable, en lo que a sobreutilización respecta la discrepancia era muy amplia. Esto no fue una noticia grata para las compañías de seguros, en tanto que los médicos tuvieron un merecido respiro, con la sugerencia de que la Medicina es y sigue siendo esa curiosa mezcla de ciencia, arte, empatía, ética, principios, hábitos, condescendencias y costumbres, etc., etc., y no algo precisamente codificable. Qué bueno que las encuestas no se abocaron a la circuncisión, a las

cesáreas, a la amigdalectomía, a la inmunoterapia en alergia, etc. etc. Los resultados -predecibles- hubieran sido aún más contundentes.

Otro tema emergente es la inevitable *mésalliance* entre Academia e Industria, el binomio que hoy por hoy parece impulsar más que nada el progreso tecnológico en la Medicina. La pregunta clásica de la ley romana "qui bono". (... quién se beneficia?) resulta muy relevante aquí. Son tres las áreas de posible conflicto entre estas dos legítimas esferas del quehacer humano. Mientras la Academia privilegia la educación superior sin sesgos, la investigación guiada sólo por la curiosidad intelectual y el absoluto respeto a la propiedad intelectual, la Industria alienta por sobre todo lo demás, el desarrollo de nuevos productos, la conveniente inserción de los mismos en el mercado y la persecución de ganancias pecuniarias.⁶ No se necesita mucha fantasía para imaginarse conflictos entre estos seis postulados. Por ello resulta cada vez más imperativo que en este matrimonio de conveniencias —que no de amor— se establezcan reglas muy claras. Lo y colaboradores⁷ investigaron a las diez mejores escuelas de Medicina de los EE.UU. —ya se podrán ustedes imaginar cuáles— y encontraron que sólo una —y no dicen cuál— tenía reglas claras sobre secreto, confidencialidad, límites en montos de inversión y tiempos de compraventa de las acciones, seguros contra insider-trading, etc. etc.⁸

El diseño de nuevos fármacos por computadora y la farmacogenética demandan igualmente reglas todavía inéditas para garantizar su buen quehacer. Curiosamente la *mésalliance* entre Academia e Industria no anda del todo mal (... llevan, eso sí poco tiempo de casados) pues el número de proyectos de investigación conjunta entre la Academia y la Industria se duplica cada 10 años, y para el año 2000 ya eran —tan sólo en EE.UU.— 60 000 proyectos activos. Martín Kasper⁶ recomienda que las reglas de este matrimonio incluyan además de la búsqueda de la verdad a toda costa y proyectos abiertos sin ocultamiento de efectos adversos, una rápida inserción a la práctica médica independientemente de su efecto en el mercado de valores (i.e. valores monetarios por supuesto) e idealmente sin beneficio individual, sino sólo institucional.

Estas áreas de conflicto deben subsanarse a la brevedad, so pena de estancamiento del progreso médico o, en su defecto, demora injustificada de beneficios urgentemente esperados (i.e. medicamentos contra el SIDA, etc.). Resulta preocupante que en la actual inercia de globalización y privatización de los servicios de salud que se observa en diversas partes del mundo, estos aspectos no se aclaren oportunamente. Señala Inglehart que "... el triunfo de Occidente en la Guerra Fría sumado a la sorprendente bonanza de la economía de los EE.UU. (status 1998), curiosamente han propiciado la aceptación acrítica de que las fuerzas del mercado son el camino óptimo para colocar en la sociedad bienes y servicios de todo tipo."⁹ Habrá que considerar que junto con la Cultura y la Educación, la Salud no debe ser expuesta irrestrictamente a los vaivenes erráticos del mercado. La sociedad podría lamentarlo demasiado tarde.

Referencias

1. **Rivero O, Tanimoto M.** editores. El ejercicio actual de la medicina. México, D.F.: Ed. Siglo XXI; 2000.
2. **Uribe M, López M.** editores. Evaluación de tecnologías en salud 2000. México, D.F.: Ed. Médica Sur; 2000.
3. **Rao PM, et al.** Effect of computed tomography of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources. *N Engl J Med* 1998;336:141-146.
4. **Seder RA, Gurunathan S.** DNA vaccines designer vaccines for the 21st century. *N Engl J Med* 1999;341:277-283.
5. **Shekelle PA, et al.** The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures. *N Engl J Med* 1998;338:1888-1895.
6. **Martin JB, Kasper DL.** In whose best interest? Breaching the academic industrial wall. *N Engl J Med* 2000;343: 1646-1649.
7. **Lo B, Wolf LE, Berkeley A.** Conflict-of-interest. Policies for investigators in clinical trials. *N Engl J Med* 2000;343: 1616-1620.
8. **Ferguson JR.** Biomedical research and insider trading. *N Engl J Med* 1997;337:631-634.
9. **Inglehart JK.** Physicians as agents of social control: the thoughts of Victor Fuchs. *Health Aff (Millwood)* 1998;17 (1):90-6.



V. Los esquemas de financiamiento

Norberto Treviño-García-Manzo*

Empieza mi participación con una pregunta: ¿realmente los distintos esquemas de financiamiento han intervenido para modificar la práctica médica?, o ha ocurrido lo contrario. Adelanto que este escrito no la resuelve y en todo caso sólo se inclina por lo segundo.

El envejecimiento de la población con sus complicaciones; las prolongadas y graves enfermedades crónicas y emergentes; el alza continua de la producción industrial; la inflación médica (entendida como la atención de la morbilidad general y banal por el especialista) y el hecho que todos los actores, entre ellos ciertos médicos, tengan interés en que los consumos aumenten,¹ son algunos eventos de orden social y económico que han contribuido a modificar los esquemas de financiamiento, más que la práctica médica.

Antes de entrar en materia deseo aclarar, que interpreté a ésta como la atención de la enfermedad; que sé que no abordar el binomio salud-enfermedad es indebido, pues significa desconocer a la sociedad con un sistema apoyado en el hombre y a éste como un inserto en el tejido social; y que no desconozco que es menos costoso y complejo anticiparse a los daños. Aún así, sólo me ocuparé de lo que concierne a la enfermedad.

En este sentido, San Martín y Pastor en su libro "Economía de la Salud" dicen que esta última "es la situación original y representa el todo y la enfermedad en ella comprendida es una alternativa posible y probable dentro de la totalidad."² En mi opinión, la enfermedad en ella comprendida es una alternativa segura dentro de la totalidad.

Hace no mucho, la OMS nos enseñó que de una población adulta, en un momento determinado, 4% tiene ausencia de síntomas y otro 6% presenta algún síntoma. Del 90% restante, el 31 tiene varios síntomas, el 46 sufre ya de enfermedad y 13% que falta padece alguna incapacidad.³ Estas cifras varían según la sociedad estudiada, pero dejan en claro que la mayor proporción del gasto, a querer o no, temprano o tarde, es absorbida por la atención curativa. Con estas aclaraciones paso al tema.

En Europa hace poco más de dos siglos y después en América, la sociedad se rebeló contra el desvalimiento de los menesterosos ante la enfermedad. La descripción

del Hospital General de Madrid hecha por uno de sus médicos a finales del siglo XIX, que podría atribuirse al Hospital General de México en los avanzados años cincuenta del siglo XX, es ejemplo de lo anterior en el concepto y en los tiempos. Decía aquel médico español: "Hemos visto enfermos de miseria, inedia e invalidez junto a enfermos infecciosos y agudos y otros que tienen semanas esperando turno para ser operados. Los alimentos son malos, de inferior calidad, llegan fríos, mal dispuestos y grumosos los caldos; el chocolate sin cacao, la carne correosa y la leche aguada".

Así lo vi en nuestro hospital insignia. Pero también en el Juárez, en la Castañeda y en el de la Mujer, entre algunos de aquella época. El financiamiento para los menesterosos de esos hospitales venía de presupuestos públicos ridículos, y a veces de la caridad.

Sin embargo, primero allá y después aquí, poco a poco se tomó conciencia del sentimiento por la dignidad humana, el reconocimiento de un derecho y la personalización del enfermo.⁴

Esta rebelión, que duró dos siglos y la consideración a que obligó la revolución industrial en cuanto a que el obrero sano y vigoroso rendía más, dieron lugar, al final del siglo XIX, a la atención médica colectivizada, que al reconocer lo arriba señalado se fortaleció en la primera mitad del siglo pasado. Su financiamiento fue diverso: fuentes públicas; seguros sociales; fondos varios de solidaridad; pagos hechos a una institución particular y otros. En nuestro país, la creación en 1943 del Instituto Mexicano del Seguro Social representó, y aún lo hace, uno de los mayores logros sociales para la colectividad mexicana. En este caso, el financiamiento fue tripartita: trabajador, patrón y gobierno.

Pero cualquiera que haya sido éste, el modelo no tardó en caer en conflictos económicos y sociales. Al principio hubo dinero (fuerza laboral joven y creciente), pero después empezó a escasear y últimamente a operar con números rojos: mala administración, cálculos actuariales superados; progreso apabullante de la onerosa tecnología; subempleo y desempleo, fueron algunas de sus causas. Además, los tres personajes que intervienen en la atención médica tuvieron fallas éticas

*Académico Titular, Academia Nacional de Medicina.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Norberto Treviño-García-Manzo, Eucalipto 4, Fracc. Club de Golf Los Encinos 5200 Lerma, Edo. de México.

que contribuyeron a su insuficiencia: primero, el enfermo, al abusar del derecho a la asistencia y a la indemnización que le concede su enfermedad; después, el médico, que al caer en la "rutina culposa" como la llamó Laín Entralgo,⁵ olvida que sus pacientes son personas y, además por su complacencia al cumplir con un trámite fundamental en la medicina socializada: el pago de la certificación de enfermedad; y finalmente, el gerente, que confunde la administración con el mando y el control.

Estos conflictos minaron y desacreditaron a la medicina colectivizada y la convirtieron en "ineficiente e inhumana", hecho que el neoliberalismo aprovechó para introducir su nuevo paradigma: la medicina individualizada, que sostiene que el Estado no puede con los costos crecientes de la atención a la enfermedad, como tampoco pudo con la carga de las pensiones y jubilaciones.

Así como estas últimas fueron privatizadas mediante cuentas de retiro individuales, también existe interés de incrementar los aseguramientos privados para gente con empleo, joven y sana, pero no con "Seguros de Gastos Médicos Mayores" por incosteables, sino con "Seguros de Atención Médico Integral" los cuales, eufemísticamente, ofrecen acciones de promoción para la salud y prevención de las enfermedades. De esta manera las compañías de seguros aspiran a controlar las dos instituciones más inflacionarias: los seguros de enfermedad y el hospital.⁶ Mediante clínicas de primer nivel bloquean el ingreso a este último, de los casos que según ellos no lo ameritan y en los que no hay remedio, controlan las decisiones médicas. Esto se llama "Medicina Administrada" que tuvo su boom en Estados Unidos de Norteamérica de 1980 a mediados de los 90, lapso en que creció brutalmente, pues si en 1984 sólo 5% de los empleados pertenecía a cualquiera de estas HMO, en 1998 el 85% tenían seguro de salud con alguno de estos planes.⁷

Este sistema también fracasó en Estados Unidos de Norteamérica y Sudamérica, los controles utilizados para disminuir costos empobrecieron la calidad de la atención y, desde luego, decayó la educación continua y la investigación. Se perdió la esencia de la medicina. La relación médico-paciente se sustituyó por la relación médico-empresa, dejando al paciente en su nuevo rol de "cliente" o "usuario" y aquél nuevamente pasó a ser un personaje de segunda.

En resumen, en general en nuestro país hasta los años 40 del siglo XX, la atención de la enfermedad para las mayorías fue financiada por el gobierno y las organi-

zaciones caritativas. El médico era independiente, socialmente apreciado y respetado.

A partir de 1943, los médicos pasaron a formar parte de las instituciones de Seguridad Social y sus sindicatos; al principio con salarios dignos y ahora, claramente insuficientes. Así llegamos al año 2000 en que aparecen las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), ofreciendo planes de atención médica integral. No hacen contrato laboral con los médicos, les pagan lo que quieren y les controlan y cuestionan sus decisiones.⁸

Para finalizar, la gran pregunta: ¿Algún día podrá el género humano financiar la atención de sus enfermedades con cobertura total y con equidad? Probablemente no, si sabemos que en 1998 el 20% más rico de la población mundial recibía 82.7% de los ingresos totales del mundo; el otro 20 ubicado por debajo de ellos, percibía 11.7% de los ingresos totales y el restante 60 de pobres, muy pobres y desgraciados, sólo 5.6% de los ingresos mundiales totales. Al 20 por ciento ubicado en la pobreza extrema le tocaba el miserable 1.4%. Los primeros siempre tendrán todo: salud y óptima situación al atenderse de sus enfermedades. Los segundos y los terceros, en orden descendente, serán responsables de la "ineficiente e inhumana" medicina pública y de la seguridad social (en los países en que subsista) y para quienes no aceptan hacer colas, ni estar en las listas de espera, se inscribirán en las HMOS, las ISES u otras semejantes a las cuales les pagarán lo que puedan y recibirán la atención en concordancia con lo que estipule el seguro contratado. Para el 40% restante de muy pobres y menesterosos, a menos que las cosas cambien, no habrá manera de financiar la atención adecuada de sus enfermedades, hecho que veo con gran escepticismo.

Referencias

1. **San Martín H, Pastor V.** Economía de la salud. Madrid, España: Interamericana, McGraw-Hill; 1989:583-586.
2. **San Martín H, Pastor V.** Ibid., p.45.
3. Modificado de: San Martín H, Pastor V. Ibid., p.61
4. **Laín Entralgo P.** La medicina actual. Seminarios y Ediciones, S.A. (ed.). Madrid, Esp., 1973:106-116
5. **Laín Entralgo P.** Ibid., p. 120
6. **San Martín H, Pastor V.** Ibid., p. 120
7. **Kuttner R.** The American Health Care System. Employer-sponsored health coverage. N Engl J Med 1999;340:248-252.
8. Modificado de: Biagi Filizola F. El ejercicio de la medicina en los tiempos de la globalización. Versión en computadora; 2000:12.

VI. Medicina defensiva

Miguel Tanimoto*

Este ensayo tiene por objeto reflexionar sobre el llamado fenómeno de la "medicina defensiva" y examinar algunos aspectos de este problema que ha determinado que el médico en el ejercicio de su profesión adopte una actitud de protección y una posición legal supuestamente segura.

El factor condicionante de esta situación es el cambio en la relación médico-paciente, que actualmente ha cambiado de la confianza al distanciamiento y la insatisfacción, lo que favorece las controversias y demandas por la atención recibida. El efecto sobre el quehacer médico es un desempeño cauteloso ante el paciente, con recelo y desconfianza. Esta situación ha originado un tipo de práctica que se ha llamado genéricamente "medicina defensiva".

Las causas de los cambios en la práctica médica se pueden atribuir al médico, al paciente y al entorno sociocultural. En cuanto al médico, su culpa es por no establecer una buena comunicación, un intercambio constante, una aclaración de dudas y una orientación cuidadosa.^{2,5,6} En su comportamiento aplica los procedimientos propedéuticos de manera superficial e incompleta, sin ejercitar interrogatorio exhaustivo con semiología detallada, exploración física meticulosa y sin establecer una hipótesis diagnóstica que incluya el síndrome, la etiología y la impresión diagnóstica que sólo aplica en unos cuantos, la mayoría subordina la clínica a procedimientos diagnóstico-terapéuticos sofisticados y costosos con el propósito explícito de evitar controversias y demandas de mala práctica.

Otras causas atribuibles al médico, son deficiencias en sus conocimientos, habilidades y destrezas, por fallas en su preparación básica. Es habitual en médicos de ciertos niveles, muchos de ellos sin entrenamiento formal que invadan campos o especialidades que no dominan o que por exceso de confianza realicen procedimientos que rebasan su capacidad, comprometiendo la vida del paciente.

En la práctica defensiva algunos médicos alteran el costo de manera excesiva y a veces en términos éticamente sospechosos. El médico debería aprender a evaluar los riesgos legales de la profesión y sopesar los

costos emocionales, físicos y financieros del enfermo antes de emplear medidas defensivas.

La práctica médica defensiva tiene consecuencias adversas tanto para el enfermo como para la salud pública, esta condición está determinada por la solicitud innecesaria de pruebas diagnósticas y de interconsultas, lo cual se utiliza para evadir la indicación de medidas terapéuticas en algunas enfermedades.

El exceso en la petición de exámenes de laboratorio y la solicitud de imágenes diagnósticas costosas pueden ser parte de la conducta defensiva del médico, que puede definirse como una clara desviación del médico en su comportamiento para prevenir demandas o críticas por parte del paciente o de sus familiares.

El abuso de los requerimientos de pruebas diagnósticas con fines defensivos no tiene sustento ya que está asociado a baja probabilidad de encontrar resultados anormales.

Hay que resaltar la importancia de la comunicación en la relación del paciente y su médico. Lo mejor es respetar los intereses de los pacientes, aclarar sus dudas, orientarlos cuidadosamente y por este camino prevenir las demandas legales, el médico está obligado a informar al enfermo acerca de su padecimiento, del planteamiento terapéutico y del pronóstico.

El consentimiento informado evita muchas controversias, por lo que resulta relevante que el paciente conozca los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y que rechace o acepte de conformidad el que se efectúen.

En Inglaterra los médicos generales, que están altamente capacitados, aprecian que la comunicación es el atributo más importante y de mayor trascendencia en la relación médico-paciente, las explicaciones sobre la naturaleza del padecimiento son claramente benéficas y consideran que la medicina defensiva es negativa.⁵

Los buenos médicos al entrar en contacto con sus pacientes siempre han procurado informar adecuadamente de los pormenores de la enfermedad y su tratamiento. Lo que sucede actualmente es que el consentimiento informado se ha convertido en una condición

*Académico Numerario, Academia Nacional de Medicina.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Miguel Tanimoto, Sudan 65, Residencial Chimali 14370, México, D.F.

indispensable para enfrentar posibles demandas y por eso en la actualidad se otorga por escrito y con mayores precisiones.

Entonces ¿cuál es la diferencia entre consentimiento informado e información terapéutica? El primer concepto se refiere a una situación única, en la cual el médico presenta al paciente y/o a sus familiares el diagnóstico y las posibilidades de tratamiento y el paciente da su consentimiento para aceptar los riesgos de tratamiento; es ésta la que se otorga por escrito.⁶ En tanto que la información terapéutica consiste en mantener informado al paciente y/o sus familiares de la evaluación del proceso del tratamiento, es un hecho continuado, generalmente en forma verbal y que no termina sino hasta que el proceso de tratamiento ha concluido.

También relevante como causa de problemas en esta relación, es el pago por terceros: compañías de seguros y administradoras de servicios (HMO's en Canadá y Estados Unidos de Norteamérica e ISES en México) que habitualmente limitan la indicación de estudios de laboratorio y gabinete, interconsultas con especialistas y ciertos tratamientos, lo que da como resultado la inconformidad de pacientes.¹

En nuestro país aún no se llega a lo observado en los Estados Unidos en donde los abogados ofrecen asesoría a médicos y pacientes por supuesta negligencia o demanda penal. En los últimos 10 años, algunas compañías ofrecen seguros médicos legales para proteger al médico en caso de que se vea involucrado en una demanda.

Entre las causas atribuibles al paciente como motivo de medicina defensiva se puede mencionar que el adelanto en cultura médica y el nivel educativo se ha incrementado porque la población urbana tiene acceso a los medios masivos de difusión: TV, radio, periódicos, revistas que difunden noticias de nuevos medicamentos, de procedimientos diagnóstico-terapéuticos y de casos de demandas contra médicos, por supuesta negligencia. Esta información mantiene alerta y a la expectativa a los enfermos cuando acuden a consulta y cuando tienen que internarse o someterse a estudios e intervenciones quirúrgicas.⁴

El sistema de los seguros médicos, de las ISES o de la medicina institucional que no permiten que el paciente seleccione a su médico, favorece la inconformidad.

En Estados Unidos de América del Norte y Canadá, los gineco-obstetras y los traumatólogos son los especialistas con mayor número de demandas. Las cuotas anuales fueron de 29,000 dólares canadienses para gineco-obstetras, ortopedistas y neurocirujanos en 1998.^{1,4} En Estados Unidos de América del Norte se gastaron más de 12 billones de dólares en juicios por responsabilidad profesional.³

El problema es tan desbordante que las asociaciones médicas y compañías de seguros tienen reservas para los costos de juicios por mala práctica médica, que tanto en Estados Unidos de América del Norte como en Canadá varían de 151 722 a 183 mil dólares por miembro.⁷⁻⁹

También en América Latina los juicios y demandas por mala práctica son cada vez más frecuentes, en países como Colombia se exige que los médicos compren un seguro de protección medico-legal como requisito para ser aceptado en las residencias médico-quirúrgicas.

Las demandas contra los médicos en Puerto Rico, entre 1990 y 1996 fueron 4,050, de las cuales 3,506 fueron en contra de médicos e Instituciones que tuvieron que pagar una compensación total de 56 268 053 de dólares por 1,272 casos (36.3%).¹⁰

Un hecho importante en México fue la creación de la "Comisión Nacional de Arbitraje Médico" en 1996. En su informe de actividades de 1999, reportó que en dos años y medio, recibió 10,507 inconformidades, de ellas el 48% se resolvieron de inmediato, con simple gestión para obtener la atención requerida, la asesoría o la explicación médica; en el 46% se intentó la conciliación entre las partes, con éxito en el 60% de estos casos, y el 6% restante correspondió a solicitudes de dictamen médico parcial de parte de las instancias procuradoras de justicia.¹¹ En el último informe de este año reporta que se han brindado 10 mil 145 asesorías; procedieron como inconformidades más de 11 mil casos y se generaron más de 2 mil 200 dictámenes médico-periciales, entre los cuales destacan las inconformidades por los servicios de traumatología, gineco-obstetricia y urgencias.

Conclusiones

La medicina defensiva comprende aspectos positivos y negativos en el ejercicio de la medicina que han determinado el encarecimiento del cuidado de la Salud, por lo cual es importante ejercer una medicina basada en evidencias y apoyarla en decisiones científicas.

Es fundamental la capacitación continua del médico, los estudiantes deben desarrollar otras destrezas además del contenido del aprendizaje.

También es importante evitar el consumismo por parte de los enfermos que exigen, asimismo, proteger la relación médico-paciente e impedir el temor de los demandados por mala práctica porque aún la medicina defensiva no ha alcanzado en México la magnitud que tiene en otros países.

Referencias

1. **Bodenheimerj.** The American Care System. Physicians and the changing medical marketplace. *N Engl J Med* 1999;340:584.
2. **De Ville K.** Act first, look up the law afterward? Medical malpractice and the ethics of defensive medicine. *Theor Med Bioeth Dec.* 1998;19(6):569-8.
3. **Summerton N.** Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *Br Med J Jan* 1995;7;310(6971):27-9.
4. Relationship between malpractice claims and caesarean delivery. *JAMA* 1993;263(3):366-373.
5. **Lifshitz A.** La conducta profesional del médico y los derechos humanos en el ejercicio actual de la medicina. No publicado.
6. **López-Cervantes M.** La mala administración de los servicios de salud. El ejercicio actual de la medicina. Siglo XXI editores; 1a. edición México: 2000. p. 157-62. ISBN 968-36-8140-9.
7. **Word CJ.** Analysis of 500 obstetric and gynecologic malpractice claims: causes and prevention. *An J Obstet Gynecol* 1992;67(1);295-6.
8. **Baldwin LM, et al.** Defensive medicine and obstetrics. *JAMA* 1995;274(20):160-610.
9. **Korcok M.** CMPA does not atone impursuing huge reserves, CAMAJ survey of firms reveals. *Can Med Assoc J* 1996;154(12):1891-94.
10. **Brau RH.** Impericia medica en Puerto Rico: 1990-96. *PR Pealth Sci J Mar*; 1998;17(1):55-67.
11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe de Actividades 1996-99. México.