

La medicina actual, intervenida

OCTAVIO RIVERO SERRANO

Coordinador del Seminario Medicina y Salud,
Universidad Nacional Autónoma de México.

Características de la medicina a través de la historia

Durante siglos el acto médico se efectuó con la participación de dos sujetos: el enfermo que buscaba alivio a su padecimiento y el médico, preparado para atender al paciente de acuerdo con los conocimientos en que se basaba la medicina.

Esta relación ha sido la base de la medicina y por sí sola explica el éxito en el tratamiento de los enfermos cuando los conocimientos, los métodos de exploración y los remedios para tratar las enfermedades eran tan limitados como lo fueron hasta principios del siglo xx.

Esta relación enfermo-médico es la constante en el análisis del acto médico a través de siglos y es la esencia misma del acto médico. Uno y otro dedicados a un único fin: la curación o el alivio del enfermo, su beneficio como único propósito.¹

El médico trató a sus pacientes explicando la enfermedad en forma distinta a través del tiempo: con ideas mágicas o religiosas que dieron motivo a remedios médicos de ese corte; conceptos del entorno en la vida del ser humano como el aire, el fuego, la tierra influían en la salud o en la enfermedad; los humores del sujeto para explicar con su modificación los padecimientos. Concepciones derivadas del conocimiento imperfecto de la estructura de los seres humanos, que naturalmente daban una interpretación inexacta de los mecanismos de la enfermedad. Así fue la medicina preconizada por Galeno hasta Vesalio quien, con sus descripciones anatómicas precisas, permitió avances en el conocimiento, con las descripciones fisiológicas de la circulación de la sangre por Harvey pocos años después. Ahí nace la medicina científica. Después se agregaron los conocimientos de patología con Virchow, de Pasteur y Koch para explicar la enfermedad por agentes infecciosos, la

inmunología, la química de los tejidos y el gran avance en los métodos de exploración, que restringidos a la percusión de Aubuenbruger y a la auscultación de Laënnec durante décadas, dieron un gran salto con el descubrimiento de los rayos x por Roentgen a finales del siglo xix.²

Durante la primera mitad del siglo xx se podía entender y estudiar la enfermedad. En la segunda mitad de ese siglo los descubrimientos en el conocimiento y en los métodos de exploración de los enfermos tuvieron un crecimiento explosivo.

Cambios importantes en la medicina actual

Ha habido cambios en las enfermedades. Algunas han desaparecido, como la viruela. Otras se han logrado prevenir, como las eruptivas de los niños. En otras se ha logrado la curación, como en diversas infecciones. En algunas más, se logra el control, como algunos casos de cáncer e incluso la curación. Han aparecido, en cambio, nuevos padecimientos como el sida, u otros se han vuelto más frecuentes y más graves, como la diabetes y la hipertensión arterial.

Hay grandes cambios en los conocimientos en que se basa la medicina. Se progresó en el conocimiento de la bioquímica de los tejidos, la estructura molecular de los mismos y su conformación genética, hasta llegar a describir el genoma humano. Se profundizó en el conocimiento de enfermedades como las que forman el síndrome metabólico, en las autoinmunes y en el cáncer.³

En la tecnología médica hay más recursos en la forma de estudiar a los enfermos. El crecimiento en este rubro es explosivo. De unos cuantos análisis clínicos con los que trabajaba el médico de principios del siglo xx, en la actualidad han crecido los estudios biológicos y químicos y cientos de posibles datos para analizar, en ocasiones hasta en forma continuada. La radiología se transformó en

una serie de procedimientos de imagen que permiten conocer la estructura anatómica como si se diseccionaran los tejidos de un ser humano; así son las imágenes que se obtienen con los diversos métodos de tomografía computarizada, de resonancia magnética y del estudio de la fijación en los tejidos de sustancias marcadoras como en el PET.⁴

Con todos estos avances, el médico actual está mucho mejor preparado para entender la enfermedad, para descubrirla en forma oportuna y para tratarla con éxito. Esto explica la desaparición de algunos padecimientos, el control exitoso de otras y el aumento sustancial en promedio de vida del ser humano.

Pero al parejo de estos cambios, todos positivos, la medicina actual encara el aumento incesante en los costos, tanto de la medicina ambulatoria, como de la que ocurre en la hospitalización.⁵ En la medicina ambulatoria la causa principal del aumento ocurre en el crecimiento incesante del precio de los medicamentos. En la medicina más compleja, como la que utiliza el internamiento en hospitales, se añade el uso de recursos complejos y costosos, ya que así es la medicina actual. El encarecimiento y la complejidad han dado motivo a un cambio radical en la forma de organizar la atención médica.

La nueva concepción de la medicina como una industria en la que participan inversionistas modifica el fin único que ha tenido la medicina por siglos: el bien del enfermo.

La organización de la medicina

En México la atención a la salud y la educación son responsabilidades del Estado, definidas por la Constitución de la República. En la época actual existe la tendencia mas o menos manifiesta de soslayar esta obligación, ya que diversos organismos mundiales preconizan la privatización de estas responsabilidades. Ésta es una idea que deriva de la globalización. Sin embargo, aún un organismo mundial, como la Organización de las Naciones Unidas, en 2004, ha señalado que los conceptos de globalización deben tomarse con especial cautela en países donde las condiciones de la población no son las adecuadas para cumplir con estos preceptos.

La razón de existir del Estado en un país como México, en donde más de 50% de la población enfrenta problemas económicos, no sólo es la seguri-

dad física de sus habitantes sino la garantía de una educación y el cuidado de la salud.

La atención a la salud en países como México debe estar en manos del Estado. Sólo así puede llegarse a una medicina de calidad uniforme a la que puedan acceder todos los habitantes, en cualquiera de sus latitudes. Así lo planteó el país en la segunda mitad del siglo xx. En la última década, parece haberse olvidado esta política.⁶ Un sistema de atención universal debe ser el objetivo de los esfuerzos del país. Para ello es necesario reafirmar que la atención a la salud es una política prioritaria y destinar los fondos necesarios para ello.⁷

En Estados Unidos la atención a la salud, desde la mitad del siglo pasado, fue encomendada a organismos que, de diversas formas, han representado sistemas de seguridad de corte privado.

La medicina estadounidense de las últimas décadas ha evolucionado de esfuerzos de corte social como el Medicare y el Medicaid a la aparición de administradoras de salud, de las cuales la Kaiser fue de las primeras, pero aún con cierto contenido social. El Managed Care y otras distintas formas de medicina que se han traducido como “medicina administrada” o “medicina gerenciada” (ninguna de los dos traducciones muy adecuadas). Se han promovido como capaces de ofrecer una medicina de calidad, con contención de los altos costos, que en la medicina actual de ese país parece crecer de forma incesante.

Con esta organización no se ha logrado la pretendida solución a los costos y la calidad en la atención médica.⁸ La inversión no llega a los enfermos ni a los sistemas de atención. En cambio, los administradores obtienen importantes ganancias.⁹ Hay ejemplos de cómo una sola administradora en Nueva York ha obtenido ganancias multimillonarias en un año, por cierto, administradora de salud en el estado donde se reportan un exceso de muertes por errores médicos.

Los resultados de la implantación de los sistemas de medicina administrada o gerenciada en EU, conforme avanza el tiempo, provoca más inconformidad en la sociedad de ese país.¹⁰

La medicina como una industria

La medicina en un mundo globalizado ha tenido claras influencias por parte de organismos interna-

cionales como el Banco Mundial y la OMS que modifican la esencia de la medicina ya que consideran que no puede seguir privando el concepto de ésta como una profesión de corte social y humanístico, e insisten en que debe considerarse a la medicina como una gran industria.¹¹

Como consecuencia de esta concepción, las industrias de la medicina, ya sean compañías de seguros que ofrecen diversos tipos de pólizas para la atención de la salud o grupos industriales que han desarrollado instituciones de atención privada, tienen como fin primordial el que su inversión sea reductible. Este objetivo, en muy diversas situaciones, se convierte en incompatible con el fin único que debe tener la medicina, que es el bien del enfermo. En Estados Unidos, desde finales del siglo pasado, los fondos para el manejo de la medicina privada se calculan en 115 mil millones de dólares. Al encontrarse saturado el mercado de la salud en ese país, ahora dirigen esa inversión a países del exterior.¹²

Hoy existe una gran inversión de capitales extranjeros, principalmente estadounidenses, buscando organizar recursos para la atención de la salud, ya sea como compañías de seguros o como consorcios que han hecho reductible la inversión en grandes conjuntos hospitalarios. Después de la creación de diversos tipos de aseguramientos en EU, estos capitales buscan extender su inversión en Latinoamérica. Son un hecho los cambios en la administración de la salud en Argentina, Chile y Colombia. En este último país los resultados significan un deterioro evidente de la extensión de cobertura y la calidad de la atención según artículos diversos publicados por la Academia Nacional de Medicina de ese país.¹³

La organización de una medicina concebida como una industria es un cambio que no es positivo. Los cambios en los sistemas de atención a la salud, en la estructura de la medicina en instituciones o en la llamada medicina privada, no sólo han encarecido la medicina, han intervenido la esencia del acto médico y, en ocasiones, han generado una medicina intervenida y vulneran los principios de una medicina ética.¹⁴

La inversión en educación y en investigación en estos sistemas de medicina es casi nula.¹⁵

Lo complejo de la atención médica actual ha obligado a invertir más recursos y sufragar los muy altos costos de equipamiento para ejercer una me-

dicina que utilice los adelantos en tecnología médica. Los médicos solos nunca hubieran tenido los recursos para edificar, instalar y equipar los grandes centros médicos actuales. Esto debe recaer en el Estado. Si éste no ha realizado las inversiones necesarias para cumplir con su obligación constitucional de atender la salud, ha dejado abierta la puerta a inversionistas particulares para hacer crecer este sector que no tiene un objetivo social sino el propio del negocio de la medicina concebida como una industria.

A estos últimos les ha llamado la atención la inversión en grandes centros de atención médica privada. Naturalmente al contemplarla como un negocio modifican de alguna forma el fin único de la medicina que es el bien del enfermo. Sí, procuran una buena atención de éste, pero antes, o al menos como condición, buscan que las acciones médicas produzcan un rédito interesante a la inversión.¹⁶

El Estado, cuya obligación de atender la salud de los habitantes del país en forma eficiente e igualitaria no ha sido tan entusiasta en las últimas décadas, ha dejado de invertir y se ha *hecho de la vista gorda* ante el crecimiento en la inversión en salud de la iniciativa privada; la ha visto con buenos ojos considerando que, en cierta forma, sustituye en inversión a lo que el Estado ha regateado. Sólo mencionaré un ejemplo: los grandes hospitales, como el Centro Médico del IMSS, los del ISSSTE y los Institutos de Salud en el área metropolitana de la ciudad de México son los mismos de la década de 1970; y, desde entonces, la población creció el doble, de 9 millones de habitantes a 18. Lo que ha crecido en estas casi cuatro décadas en la zona metropolitana son los grandes centros médicos privados.

En esta medicina actual, tanto en la pública como en la privada, interfieren entre el médico y el paciente empleados administrativos, ajustadores de seguros y trabajadoras sociales. No obstante los grandes avances de la medicina actual, el médico no puede conservar la esencia del acto médico, basada en la relación personal; la esencia del acto médico no es la misma de su concepción original.¹⁷ Sin embargo no es similar el problema en los grandes centros médicos del Estado, donde la finalidad no es hacer negocio con la atención médica, que en los centros privados donde sí lo es.

Éste es un cambio que afecta la calidad. Sólo así puede explicarse que, con tan grandes adelantos,

los resultados del estudio realizado por la Academia de Ciencias de Nueva York demuestran una alta incidencia de muertes por errores médicos en ese estado, señalando que, más que errores de médicos, son errores atribuibles al sistema de atención a la salud. Importantes autores en EU han sido muy críticos de la organización actual de la medicina en ese país que, aunque invierte más que ninguno en el mundo en la atención a la salud (más de 15% del PIB), tiene resultados como el mencionado en líneas anteriores y que deja sin cobertura a cerca de 25% de sus habitantes.¹⁸

Ese sistema de medicina es lo que los inversionistas en la salud de Estados Unidos han decidido exportar a Latinoamérica.¹⁹

Por ello, al analizar la medicina actual, es necesario reflexionar sobre si los cambios en la estructura en la cual ejerce el médico respetan los conceptos de la ética médica.

Ética en la medicina actual

El médico no se preocupó demasiado por analizar un ejercicio ético, quizá porque, salvo excepciones, éste no era un problema. En los últimos años han proliferado las llamadas de atención sobre el tema considerando, además, que el clásico Juramento de Hipócrates ya no era suficiente para analizar el ejercicio ético actual.

En la actualidad se acepta que un ejercicio ético debe fundamentarse en los siguientes principios: a) principio de beneficencia; cualquiera de las acciones que rodean un acto médico deben tener como único fin el beneficio del enfermo; b) principio de no maleficencia; toda acción médica debe cuidarse de no dañar al enfermo en ningún aspecto; c) principio de equidad; la medicina y la calidad de ésta deben estar por igual al servicio de todos sin distinción de raza, género, condición social o económica; y d) principio de justicia y autonomía; evitar cualquier situación injusta para el paciente y efectuar las decisiones en cada caso de acuerdo con el paciente.

Algunos autores consideran también que son principios éticos el obtener un claro consentimiento informado para las acciones que deban realizarse en el manejo de una enfermedad y que el médico está obligado (y en el momento actual esto concierne también a las instituciones u organiza-

ciones de atención a la salud) a guardar secreto de las condiciones de salud del enfermo.

Hay diversas situaciones en la organización de los sistemas de salud actuales, que pueden dar origen a situaciones que vulneran la ética de la medicina.^{20, 21}

Conflictos éticos en la medicina administrada

En los casos de medicina administrada que ofrecen compañías de seguros pueden reconocerse los siguientes hechos que vulneran distintos preceptos de ética médica.

–Selección negativa de sujetos de seguro médico, privilegiando el acceso a jóvenes y sanos e impidiendo el acceso o dificultando el ingreso de viejos o sujetos con padecimientos crónicos.

–Negación de la continuación del seguro (hay que renovarlo anualmente) para quienes han padecido una enfermedad, u ofreciéndolo con la exclusión de esa enfermedad y las posibles consecuencias de la misma.

–Negación del seguro a sujetos con antecedentes familiares de enfermedades con posible influencia hereditaria.

En los casos de seguro médico integral, ofrecen a los asegurados la consulta inicial con médicos generales, con faltas a la ética que van desde recomendar a los médicos evitar el uso de costosas pruebas de gabinete o de análisis, interconsultas con especialistas e internamientos hospitalarios, hasta la recompensa económica a los médicos ahorradores de recursos.

Existe un conflicto de interés del médico entre el paciente y la compañía que lo contrata. El médico se convierte en un incómodo doble fiduciario, cuando debe ser sólo fiduciario del bien del enfermo.²²

Las compañías de seguros varían en su seriedad de cumplir lo prometido. Al menor pretexto encuentran una explicación para evitar el pago en una situación de enfermedad en que el paciente que ha contratado requiere el servicio. En el caso del pago a los médicos está documentado el bajo nivel de los honorarios y la tardanza en el pago de los mismos.²³

El médico actual no debe perder de vista que su obligación es velar por el bien del enfermo en un entorno difícil. Por ello, es imperativo que se acla-

ren las situaciones en que debe cumplir con este precepto aunque el ambiente en que trabaja no sea el más propicio para ello.

En el ejercicio diario de la medicina conspiran diversos conflictos de interés, situaciones que el médico debe enfrentar consciente de que hoy la práctica obliga a evitar situaciones no éticas.¹³

En el ejercicio de los grandes consorcios privados debe evitar convertirse en “ser productivo”, con el concepto que en esos centros se califica a quienes producen más, empleando más y más análisis, estudios de gabinete e internamientos.

En la investigación clínica sobre nuevos medicamentos, hay que estar conscientes de que muchos clínicos que publican resultados al respecto se encuentran trabajando en la industria farmacéutica o en la de insumos para la salud. Aquí se puede dar también el conflicto de doble fiduciario. El conflicto es mayor cuando el clínico es dueño de equipos de diagnóstico.

La industria farmacéutica induce la receta de sus productos, promoviendo la simpatía de sus marcas, realizando regalos a los médicos, que van desde los pequeños obsequios de los agentes, hasta regalos mayores, como viajes a congresos, comidas en lugares costosos, etc. Este tipo de promoción tiene efecto aun en grupos médicos de buen nivel académico. La inducción es común en el caso de organizaciones académicas que reciben soporte económico de la industria. Según autores serios, debe tenerse cuidado hasta de los reportes sobre medicamentos aceptados por revistas de probada calidad.^{24, 25, 26}

La medicina actual intervenida

En resumen, en la actualidad el ejercicio de la medicina se encuentra intervenido por fuerzas e intereses ajenos a la misma.

En el ejercicio de un acto médico individual, la intervención resulta en molestias para el paciente y para el médico. En la medicina institucional se interponen los innumerables trámites administrativos que tiene que sufrir el paciente. En la medicina privada, los trámites con ajustadores de seguros y, después, con los administrativos que autorizan el pago de los gastos efectuados. La relación médico-paciente se encuentra intervenida y, así, disminuye la confianza del paciente, sustrato primordial de la relación.

Hay, sin embargo, una intervención que no sólo es molesta, que determina la organización y la estructura, tanto a nivel institucional como en la medicina privada. Es una intervención de mayores y negativas consecuencias, la derivada de la penetración de empresas industriales en la organización y administración de la medicina.

La organización de la medicina, que durante siglos estuvo en manos de los mismos médicos, ahora se encuentra intervenida por entes de muy diversa estructura pero que, en todos los casos, son ajenos al ejercicio médico.

La medicina pública se encuentra en manos de políticos, de economistas y de administradores. En ella intervienen intereses políticos, de los sindicatos, y una cauda de empleados administrativos que se llevan los recursos que deberían destinarse a la atención de los enfermos. La insuficiencia económica para la erección de nuevas instalaciones necesarias, para el equipamiento, la atención oportuna y el suministro de medicinas, se ve alterada por la inmensa carga económica que significa una administración obesa, torpe e ineficiente. El médico empleado de una institución pública tiene que vivir su profesión con estas barreras.

En la medicina privada, que se encuentra en manos de inversionistas, el médico debe laborar en un entorno en el que los dueños de los consorcios estimulan la productividad de la inversión. Aquí se encuentra intervenida la medicina por factores propios y hasta deseables o justos en la industria. Situación que, en cambio, no es ni deseable ni justa en la medicina.

En la medicina pública y privada esta intervención es de mayores consecuencias. La penetración de empresas transnacionales en la producción y promoción de insumos para la salud, principalmente los de la industria farmacéutica, a través de seguros privados o en la construcción de grandes centros médicos privados, han creado ese moderno y gigantesco Leviatán que es hoy la industria de la medicina. Ésta, al tener como fin primordial la obtención de dividendos de las inversiones realizadas, cambia, en ocasiones de manera radical, el fin de la medicina, que debe ser único: el bien del enfermo.

¿La solución antes de mayores daños a una profesión eminentemente humanística y social? Que el Estado asuma su responsabilidad y ofrezca, como ya lo hacen otros países en el mundo, atención

a la salud en forma universal a todos sus habitantes, con la misma accesibilidad a los servicios, con instalaciones semejantes en los diversos subsistemas de salud, y con idéntica calidad.

- 1 Lifshitz Alberto, "La relación médico-paciente en los albores del siglo XXI", *El ejercicio actual de la medicina*, Ed Siglo XXI, México, 2000, p. 39.
- 2 Rivero S. O., "Evolución de la práctica médica" en *Medicina no equitativa*, ETM / Fac. Medicina, UNAM, México, 2006, p. 1.
- 3 Kretchmer R., "Principales adelantos en el conocimiento médico" en *El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX*, Siglo XXI, México, 2005, p. 131.
- 4 Vilar P., "Nuevas aplicaciones de la tecnología y sus resultados" en *El ejercicio de la medicina*, op. cit.,
- 5 Himmelstein, D. U., Woolhandler S., "Cost without benefit: Administrative waste in U.S. Health Care", *New Engl J of Med*, 1986, 314: 441-45.
- 6 Laurell A. C., "Health reform in México: The promotion of inequality", *Int J of Health Services*, 2001; 31(2): 291-321.
- 7 Rivero S. O., "Políticas sociales y atención a la salud" en *Medicina no equitativa*, p. 31.
- 8 Mulligan Kate, "Managed care has not solved health. Insurance cost problems", American Psychiatric Association, *Psychiatric News*, septiembre 21, 2001, vol. 36, núm. 18.
- 9 Hall M., "Managed care protection or provider protection? A qualitative assessment", *Am J of Med* 2004; 117 (núm. 12).
- 10 Woolander S., Himmelstein D. U., "The Deteriorating administrative efficiency of the U. S. Health Care System", *N Engl J of Med*, 1991; 324(18): 1253-8.
- 11 Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Washington, 1993.
- 12 Iriart C., Elias E. M., Waitzin H., "Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector in a context reform", *Cad. Saude Publica*, vol. 16, núm. 1, ene-mar., 2000.
- 13 Patiño Restrepo J. F., "Reforma y crisis de la salud. Ley 100 de 1993", Academia Nacional de Medicina, Colombia, 1999.
- 14 Brennan T. A., Health Industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academical medical centres, *JAMA*, 25 enero de 2006, 295(4) 429-33.
- 15 Kulynich J, Korn D. The effect of the new Federal Medical-Privacy Rule in research. *New Engl J of Med* 2002, 346 (3) 201-204.
- 16 Rivero S O. Los terceros en medicina como organizadores de seguros médicos privados y como prestadores de servicios. En *Medicina no Equitativa* pag 21 Ed. ETM, Fac. Medicina, UNM, México 2006.
- 17 Feldman D., et al., "Effects of managed care on physician-patient relationship. Quality of care, end the ethical practice of medicine. A physician survey", *Arch Intern Med*, 1998; 158 (15): 1626-32.
- 18 Lundberg, G D, *Severed trust. Why american medicine hasn't been fixed*, Basic Books, New York, 2001.
- 19 Stocker K., Waltzin H., Iriart C., "The exportation of managed care to Latin America", *N Engl J Med.*, 1999; 340 (14): 1131-6.
- 20 Khushf G., A., "Radical ruptura in the paradigm of modern medicine: conflicts of interest, fiduciary obligations, and scientific ideal", *J Med Philos*, feb. de 1998; 23 (1): 98-122..
- 21 Tonelli M. R., "Conflict of interest in clinical practice", *Chest*, vol 132, núm. 2 (agosto de 2007).
- 22 Angell M., "The doctor as a double agent", *Kennedy Inst. Ethics J*, 1993; 3: 2279-86.
- 23 Rivero O. S., Tanimoto M., "Los médicos especialistas y el problema de honorarios y seguros médicos", *Gac Med Mex*, vol 139, núm. 3, mayo-junio de 2003.
- 24 Marco C. A., Moskop J. C., Solomon R. C., Gelderman J. M., Larkin G. L., "Gifts to physicians form pharmaceutical industry: An ethical análisis, annals of emergency", *Medicine*, vol. 48, núm. 5 (noviembre de 2006).
- 25 Walt L. L., Brown D., "Pharmaceutical sales representatives and the doctor/patient relationship", *Obstetrics and Gynecology*, 2002; 100: 594-599.
- 26 Cartas al editor, Kahan and Goiten, "Pharmaceutical industry sponsorship", *Journal Supplements, Chest*, vol. 129, núm. 5 (mayo de 2006).

