

de medicina, lo que llevará a una mayor calidad.

La subrogación de servicios de la seguridad social

Héctor Fernández González

El doctor Héctor Fernández González es egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo León. Tiene estudios de posgrado en Medicina Interna y Cardiología en la Universidad de San Louis Missouri, Estados Unidos. Entre los cargos académicos que ha tenido se encuentran: Director de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo León, Director del Hospital Universitario y Rector de la Universidad de Nuevo León.

La práctica de la medicina defensiva podría deshumanizar la práctica médica y transformarla en un mero proceso mercantil, y llevaría a médicos y pacientes a convertirse en adversarios. Estos son algunos de los riesgos que advierte este análisis ante la posible subrogación de los servicios de seguridad social en nuestro país.

Las recientes reformas a la Ley del Seguro Social y el anuncio (reiteradamente negado) de la subrogación de algunos servicios, incluyendo la reversión de cuotas, aunada a la política norteamericana de exportación del modelo de Medicina Administrada a Latinoamérica, así como el proyecto de Reforma a la Ley de Sociedades Mutualistas y de Seguros, en proceso de estudio en la H. Cámara de Senadores, luego de su aprobación (por unanimidad) por la H. Cámara de Diputados, prepara el entorno y formaliza el marco legal para que se desarrollen en México las hoy conocidas ISESS y ASIS, siglas de las Instituciones de Seguros Especializadas en Servicios de Salud y Asociaciones de Servicios Integrales de Salud, respectivamente.

Estos modelos, conocidos previamente como O.A.S., Organizaciones Administradoras de Salud en México; ISAPRES en el cono sur del continente; H.M.O'S (Health Maintenance Organizations), I.P.A'S (Independent Physicians Organizations), y otros en los E.U.A., han sido organizados como negocios por inversionistas privados, en su gran mayoría, con el objetivo fundamental de generar ganancias, que han ido a parar a los bolsillos de unos cuantos empresarios, haciendo de ellos grandes millonarios.

Esos "excelentes resultados económicos" se han logrado través de afiliar únicamente al segmento joven y sano de la sociedad con bajo riesgo de enfermedad; disminuir y/o diferir la oferta necesaria de servicios médico quirúrgicos; limitar el acceso oportuno a diversos exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos; organizar "redes de médicos" integradas no por los mejores y más capaces, sino por aquellos que están dispuestos a regir su práctica clínica acatando sus políticas, que incluyen la ley del silencio o de la mordaza, y aceptan, para sobrevivir, las bajas remuneraciones económicas estimadas y pagadas vía reembolso, mediante "tabuladores" establecidos unilateralmente por ellos.

Este sistema mercantil privilegia el bajo costo, sacrificando con ello la calidad, la equidad y la eficiencia; comprometiendo el futuro del desarrollo y progreso de las ciencias de atención a la salud al eliminar el apoyo económico esencial para la investigación y la enseñanza.

Estos sistemas y modelos trastocan los valores fundamentales de la relación médico-paciente y la convierten en "un contrato de negocios" frío e impersonal,

al despojar al individuo del derecho para elegir al médico de su confianza y al hospital de su preferencia, generando la insatisfacción del paciente y abonando con

ello el terreno para la inconformidad, el enfrentamiento y las demandas por mala práctica médica, imputable al doctor cuando, a menudo, el verdadero responsable es la empresa, que al diseñar sus políticas y obligar “a los doctores de su red” a implementarlas, generan insatisfacción. Ésta la atribuyen al médico, sin menoscabo de que, en algunos casos, lamentablemente, se realice mala práctica profesional, de la cual el médico es el responsable.

Conforme el número de demandas médico-legales aumenta, el temor de los profesionistas a ser demandados por mala práctica médica secundaria (negligencia, impericia, abandono, conflicto de intereses y otros) se incrementa proporcionalmente, influye en su juicio clínico al extremo de ordenar y realizar estudios y procedimientos, a menudo innecesarios, que en su conjunto conforman lo que hoy se ha dado en llamar medicina defensiva.

Durante los últimos años, los litigios por mala práctica médica han aumentado dramáticamente, y afectan por igual a la profesión médica y a la sociedad.

La “subcultura de las demandas” es tema de gran interés por su visibilidad, particularmente aquéllas que resultan en el pago de grandes sumas de dinero, dadas a conocer por la avidez y el amarillismo de los medios de comunicación, que las enfatizan para vender mas periódicos o aumentar el rating de televidentes, mientras que la exoneración del médico demandado, o no se reporta o casi se oculta en una nota perdida en el interior del periódico, que previamente la había destacado “a ocho columnas en primera página”.

La asimetría persiste a pesar del hecho de que, en los Estados Unidos, así como en México, según reporta CONAMED, menos del 6% del total de las demandas inicialmente promovidas y ventiladas llegan a los tribunales o requieren, en nuestro caso, de arbitraje. De ellas, el 80% son ganadas por el médico acusado; se le exonera de la culpa o de los cargos, pero no del desprestigio a causa del amarillismo de los medios de comunicación.

Las demandas se presentan cuando los resultados “no son buenos” o “no son los esperados por el paciente”, y se combinan con “malos sentimientos”, producto de la falta de información del médico, y de un trato frío e impersonal “falto de la calidez y de la compasión que el enfermo espera del médico”.

Todos los médicos, incluso aquellos que practican “una buena medicina” son, somos diría para ser más justo vulnerables a una demanda y a un litigio, no obstante que la mayoría pensamos: “eso solo les sucede a otros colegas”.

Uno de los mayores, más costosos y perjudiciales efectos, es producto claro y distintivo de la práctica de una medicina defensiva: ocurre cuando visualizamos al paciente como un potencial adversario, aun antes de que se advierta ningún signo que lo indique. La práctica de la medicina defensiva usurpa y trastoca el juicio clínico del médico, que pierde el genuino interés y el entusiasmo para atender las necesidades del enfermo, ya que percibe en sí mismo una pérdida del control autónomo de la interacción médico-paciente, más frecuente y más profunda en el nuevo entorno de la medicina administrada, donde los terceros pagadores quienes lo contratan y le pagan imponen normas, reglas y políticas restrictivas con propósitos pragmáticos de lucro.

¿Qué es la medicina defensiva?

Es la práctica de una medicina centrada, como objetivo primario, en la autoprotección del médico, ante la posibilidad eventual de una demanda en caso de un resultado trágico, en lugar de la búsqueda afanosa e inteligente del bienestar y satisfacción del paciente.

La medicina defensiva altera la práctica clínica individual e inclusive la institucional, y genera un incremento exponencial del costo del cuidado y atención de la salud.

Algunos datos publicados por la prensa norteamericana permiten visualizar el impacto que la medicina administrada ha provocado en los Estados Unidos, marco de referencia que permite predecir lo que pasará en nuestro país al darse la subrogación de algunos servicios y la reversión de cuotas del IMSS: el desarrollo de una medicina defensiva por el temor de una demanda.

- 34% de los médicos en los Estados Unidos piensan que el problema principal de la medicina son las demandas médico-legales.
- Entre 1986 y 1996 se registró un incremento de 100% en las demandas en contra de psiquiatras.
- En Florida, el 95% de los neurocirujanos han sido demandados.
- 10% del total de los honorarios pagados a médicos del estado de Nueva York se destinan al cargo de pólizas de protección contra demandas.
- La medicina defensiva incrementa en dos billones de dólares los costos de la atención de la salud en el estado de Nueva York.
- El público esta hoy más enterado de la mala práctica médica, demanda y espera una compensación generosa.
- La medicina defensiva incrementa el costo de la atención médica para todo el país (E.U.A.) en 15 billones de dólares, que lo que se estima corresponde a 1.19 dólares por persona por semana.

Carol Turkington señala que quienes practican medicina sufren de una enfermedad denominada litigofobia, un temor exagerado a una demanda que

invalida su práctica y no proporciona un buen servicio a los pacientes.

Más importante, sin embargo, es el hecho que la medicina defensiva compromete la calidad del cuidado profesional del paciente.

En suma, el temor de un litigio por mala práctica médica tiene un efecto tangible en la forma en que se brinda el servicio médico quirúrgico en el proceso en que se toman las decisiones clínicas, no tan solo las más simples, hasta las más complejas y difíciles.

Simon R. L. I. M. D., en un artículo titulado Psiquiatría clínica y la Ley, define la medicina defensiva como: "Todos los actos u omisiones que un psiquiatra realiza, no para beneficio del paciente, sino solamente para evitar una demanda o proveer una buena defensa legal en contra de una demanda".

No obstante que esta definición se refiere en específico a los psiquiatras, la medicina defensiva se practica por médicos de todas las especialidades, así como aquéllos involucrados en la industria de la salud, sin excluir a otros miembros del equipo de salud; los administradores y ejecutivos que dictan las políticas de las nuevas organizaciones de atención a la salud.

El clínico defensivo es menos empático, más distante en su actitud frente al paciente. Los médicos que practican defensivamente tienden a obtener más datos de naturaleza objetiva, en contraste con los más subjetivos, que delinear e informan de la situación psicosocial del enfermo. Para expresarlo de otra forma, el clínico, un buen clínico, intenta conocer mejor a la persona, mientras que el clínico temeroso se

enfoca más a los resultados de las pruebas.

La cantidad de la información producto de un número excesivo y a menudo innecesario de pruebas no es sustituto de la calidad clínica del juicio y la sagacidad de un buen médico.

Un remedio obvio para este dilema es mejorar y fortalecer la alianza y la relación médico-paciente, resultado de la ética de la confianza mutua imposible de lograrse en una atmósfera en la que ambas partes sospechan la una de la otra, en donde es difícil construir una relación de mutuo respeto y confianza.

Amarga ironía, la medicina defensiva exacerba el problema que trata de resolver. Más que proteger al médico de una posible demanda, crea un clima de provocación en el cual las demandas ocurren más a menudo.

El siguiente relato ejemplifica lo que a menudo ocurre: una mujer acude a consulta con un ginecólogo por un problema y éste sugiere un procedimiento de cirugía menor para resolverlo. El ginecólogo de inmediato comenta: "la ley requiere que le informe acerca de algunos hechos y posibles consecuencias de esta operación".

Acto seguido, con una perceptible alteración de su patrón normal de comunicación, empieza a referir una letanía de posibles efectos secundarios: riesgos, morbilidad, mortalidad, porcentaje de probabilidades, etc., etc. La paciente, más tarde, refirió que tras escucharlo por unos segundos perdió confianza, y su actitud hacia el ginecólogo cambió enteramente. "Esta información parecía como un ritual arcaico, la comunicación no se dirigía a mí, para mi propio beneficio", sino para su protección.

Acerca del consentimiento informado

Diversos estudios acerca del consentimiento informado revelan consistentemente lo poco que el paciente retiene de la información médica provista y la rapidez con que se olvida esa información.

De hecho, uno puede predecir que, en este caso, la paciente no tendría memoria de lo informado después de unos cuantos minutos de escuchar datos que a ella no le parecían sustantivos.

Este resultado se da por la forma mecánica de brindar la información, y no porque el médico tenga problemas para explicar el procedimiento o por incapacidad de la paciente para entenderlo.

Como parte de un diálogo honesto entre el médico y la paciente, no se habría producido distanciamiento alguno entre ellos. Un intento normativo diseñado con formato legaloide para proporcionar así toda la información posible a la paciente, resultó ser una información inútil por la forma en que se comunicó, ya que produjo una reacción de inconformidad y desconfianza.

Por otra parte, una fuerza social que promueve el temor entre los médicos puede ser la percepción de que la profesión requiere de escrutinio y regulación externa. En este contexto, la percepción pública de las demandas médico-legales permite predecir que, mientras un número mayor de miembros de una comunidad se enteren de que la profesión médica es vulnerable a los litigios, es más probable que las demandas se incrementen.

Otro factor determinante de esta actitud social es el consumismo que transforma al paciente bien informado en un problema para el médico, en lugar de un buen aliado.

Una dimensión adicional del problema tiene mucho que ver con los aspectos de la práctica misma, en la percepción de su elitismo: el entrenamiento médico, lo

sabemos bien, es prolongado, costoso y habitualmente pone a prueba a quien quiere llegar a serlo. Quienes sobreviven creen pertenecer a una clase distinta, separada del ciudadano vulgar, y que su profesión merece una particular distinción (no obstante la declinación del proceso); esto hace sentir ajenas a algunas personas, porque resienten tal postura de algunos médicos, su menosprecio, y se consideran mal informados y maltratados.

Factores legales

Actualmente, es casi imposible encontrar una revista que carezca de prominentes anuncios de abogados, como el que sigue:

Lesionados

Usted puede tener un caso justificado de demanda. ¡Llámenos a nuestro número 1-800 sin cargo ni compromiso! ¡Consúltenos para saber si usted puede recuperar sus gastos y el daño provocado!

Estos anuncios apoyan el modelo mecánico de las demandas de mala práctica médica: asumen a priori, sin bases comprobadas, que si existe un daño o una lesión, de seguro hubo negligencia. De hecho, el que el médico tenga un seguro amplio de protección civil refuerza la idea —en la mente del público— y principalmente del abogado, de que el práctico tiene suficientes recursos económicos disponibles para pagar la demanda de que es objeto.

Psicológicamente, el paciente considera que no es en realidad su médico quien va a pagar —interpretación que le permite no entrar en conflicto consigo mismo al tratar de morder la mano de quien lo trató (y falló) en su intento por curarlo. Muchas de las inapropiadas y distorsionadas decisiones de los jurados en las cortes americanas parecieran basarse en ese razonamiento.

Otra dimensión del problema surge de los terceros pagadores, quienes ubican al médico y al paciente en una posición remota en relación con la transferencia de servicios y dinero entre ellos. El paciente no se siente a sí mismo pagando por el tiempo del médico: “el seguro se encarga de pagarle”, razona el paciente.

Un efecto secundario de este problema es que el médico ordena pruebas y estudios adicionales, muchos incluso innecesarios; lo hace como si esto no generase costos adicionales que la compañía de seguros tiene que pagar.

Mitigar los efectos del temor de una mala práctica

Conforme la medicina se torna más compleja, conforme los diagnósticos se hacen más difíciles, el paciente común enfrentará un proceso complejo de decisión. Pese a la disponibilidad de sistemas expertos, apoyados en programas

computarizados, las decisiones se realizarán en el ámbito familiar de la relación médico-paciente.

Los clínicos deben instruirse y aprender que una buena práctica médica es el mejor antídoto contra las acusaciones de una mala práctica médica, y en ello incluimos la explícita información acerca de la buena relación médico-paciente, la alianza terapéutica y el consentimiento informado, parámetros que deben formar parte esencial del currículum, de la instrucción, y de la formación clínica de los nuevos y viejos médicos.

La disminución del temor a las demandas mitigará los efectos destructivos del temor en la relación médico-paciente.

La educación del público es fundamental si se imparte cuidadosamente hasta los límites de la certeza, de la participación y cooperación compartida, responsable; y el papel y significado del consentimiento informado, que se analizan y se discuten como parte de un diálogo honesto acerca de un resultado incierto.

Una importante consideración es la falta de alternativas para aquellos pacientes que desean objetar; el cuidado que reciban o los resultados del procedimiento diagnóstico o terapéutico. La demanda y el litigio son ciertamente posibilidades que deben discutirse, aunque deben visualizarse canales alternos que atenúen o borren “el mal sentimiento” que satisfaga al paciente e influya en el médico, para evitar el conflicto.

Tales opciones pueden quitar la atención del ámbito puramente económico y ofrecer caminos y vías de entendimiento de los sentimientos legítimos y de las preocupaciones existentes.

Prospectiva

A la luz de estos hechos, la subrogación de servicios de la Seguridad Social en México al sector privado a través de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) y las Instituciones de Seguros Integrales de Salud (ISIS), sin experiencia previa, carentes de infraestructura adecuada, con modelos de atención que privilegian el costo sobre la calidad, reclutando para proveer los servicios no a los mejores médicos, sino a aquellos que acepten salarios muy bajos para la atención de primer contacto, y honorarios inadecuados para los servicios de segundo y tercer nivel; que requieren de especialistas certificados, amén de la incorporación de políticas restrictivas, intromisión con la libertad de juicio clínico del médico y la pérdida de libertad del paciente para elegir al médico de su confianza, resulta fácil predecir los resultados:

- Insatisfacción de los pacientes.
- Pérdida de la relación médico-paciente.
- Insatisfacción de los médicos.
- Incremento de las demandas médico-legales
- Aparición de una práctica de medicina defensiva.
- Aumento de los costos.
- Incremento de la siniestralidad.
- Aumento anual del costo de las pólizas de servicio médico integral.
- Incremento del deducible y del coaseguro.
- Pérdida de la confianza —entre otras consecuencias—.

Conclusiones

Estos escenarios factibles y predecibles por la experiencia vivida y reportada en los países donde se ha exportado, y en los mismos Estados Unidos — lugar de origen del modelo—, donde el 70% de los médicos lo rechazan, los usuarios en proporciones crecientes lo critican; y la Asociación Médica Americana, en un acuerdo insólito, sorprendentemente, decidió autorizar, por votación unánime de sus 497 delegados, la creación de sindicatos médicos para defenderse y defender a los médicos de los terceros pagadores, y de otras circunstancias, son una clara y

objetiva razón para que nuestros legisladores rechacen el proyecto de reforma a la Ley de Sociedades Mutualistas y de Seguros.

Asimismo, implica que procedamos a convocar la participación activa, comprometida, honesta y creativa del público, de los médicos, de las autoridades sanitarias, de los Colegios, de las Academias, de los Consejos de Especialistas y nuestros Legisladores, a fin de propiciar una profunda revisión del mencionado proyecto y del Sistema Nacional de Salud, para que —en primer lugar— se cumpla con el precepto constitucional del Derecho a la Salud, se respeten los derechos de los pacientes y se nos brinde la opción de contar con un modelo propio, un modelo mexicano de atención a la salud acorde con nuestra idiosincrasia, necesidades y posibilidades. Un sistema de calidad con respeto a la dignidad de cada uno de nosotros, a la libertad para elegir el sistema y modelo de atención conveniente a nuestros intereses y deseos para también elegir al médico de su confianza y al hospital de su preferencia.

La medicina defensiva:

tendencias y experiencias en el

ámbito internacional

Íñigo Barreda

Graduado Social por la Escuela Universitaria de Relaciones Laborales de la Universidad Autónoma de Madrid. Ha colaborado como articulista en las siguientes publicaciones: Diario Médico, Law and Business Services, y Expansión. En esta última fue redactor de las secciones Normas y Tributos y Oportunidades de Negocio.

De 1994 a la fecha es director de Actualidad del Derecho Sanitario, revista especializada en Sanidad y Derecho y de Lex Sanitas, anuario de legislación sanitaria; y Director General del Instituto de Fomento Sanitario.

El doctor Barreda aporta un análisis global de los precedentes de la medicina defensiva, sus causas y sus consecuencias, con los datos de que se dispone en el ámbito en Europa y América.

EUA y el incremento de las demandas

El concepto de medicina defensiva surge a finales de 1960 en Estados Unidos, cuando los avances y la especialización en medicina, unido a la progresiva modernización de la tecnología aplicada, propician una transformación en las expectativas de vida y de curación de los pacientes.

En la primera mitad de los setentas la legislación norteamericana permite abolir la inmunidad de los hospitales y del personal sanitario dependiente, por lo que se abre un campo de responsabilidad y aseguramiento de previsibles consecuencias.

En aquel momento, las compañías aseguradoras manifestaron que había un dramático incremento del costo de la responsabilidad profesional que podía hacer quebrar el negocio de algunas de ellas con solvencia comprometida.

Como anota el magistrado José Manuel Martínez-Pereda, en 1971, en Estados Unidos, se iniciaron de 12 mil a 15 mil litigios por mala ejecución profesional ante los tribunales, y en 1978 llegaron a ser 20 mil.

Las demandas más frecuentes fueron para los médicos en general y para los obstetras en particular; el 10% iban dirigidas a los ginecólogos, que en un 50% de los casos tuvieron que pagar de su bolsillo los reclamos.