

recomendaciones de actuación, los protocolos y las guías, así como la autocrítica, son, también, las mejores medidas de prevención no sólo del daño, sino de la medicina defensiva.

Los retos de la

medicina mexicana

Guillermo Fajardo Ortiz

Médico Cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde obtuvo el título de Médico Cirujano. Cuenta con maestrías en Administración Hospitalaria y Ciencias Administrativas en la Universidad de Minnesota en Estados Unidos, y por el Instituto Politécnico Nacional, respectivamente. Fue asesor en la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en la Organización Panamericana de la Salud. En 1996 se hizo acreedor al Premio Nacional de Historia de la Medicina. Ha trabajado en el área de Investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y en la Secretaría de Salud (SSA), entre otras instituciones. Actualmente es Secretario Técnico Docente del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS/IMSS).

El doctor Guillermo Fajardo Ortiz explica que la globalización desvanece las fronteras, lo que ha permitido que la medicina defensiva —práctica común en otras latitudes— comience a sentar sus bases en México. Ante esta posibilidad —señala— el reto es lograr una medicina humanizada que tenga como premisa elevar la calidad de los servicios de salud y mejorar la comunicación entre el médico y su paciente.

El tema que abordaré es el de la medicina defensiva desde la perspectiva de la globalización y los retos en la medicina mexicana. Yo no he ejercido prácticamente la medicina, mi actividad se ha referido a la medicina social, a la planeación de los servicios médicos, a la organización de los mismos, a la evaluación de la atención médica, aspectos de epidemiología y de estadística. Por lo que mi punto de vista será un poco peculiar.

De acuerdo con el título de la conferencia, tenemos tres temas: medicina defensiva, globalización y retos de la medicina mexicana.

La medicina defensiva es aquella práctica médica en que se recurre a exceso de estudios, análisis terapéuticos, e interconsultas no de todo justificadas desde

el ángulo del proceso de salud enfermedad, para evitar controversias y reclamos judiciales, es decir, es una demasía de servicios, en ocasiones es sobre utilización de recursos sobre diagnósticos, pero no sólo de los médicos, sino también de algunas instituciones, es la sobre medicalización.

¿Porqué existe la medicina defensiva? Para mí son tres los factores que la condicionan: la protección a demandas legales. Se pretenden cubrir problemas potenciales, hay temor por parte de los médicos, ésta es la razón básica, pero hay otras razones colaterales complementarias: el avance científico y tecnológico de la medicina. Hay mejores métodos diagnósticos y terapéuticos, el médico se considera muchas veces como un técnico, de tal manera que dos más dos son cuatro. Y una tercera razón es la transnacionalización de ideas, de prácticas: la globalización.

Desde luego, reitero, la medicina defensiva no significa calidad en la atención médica, no significa un mejor vínculo médico paciente, sino es una protección de orden jurídico. La medicina defensiva, de acuerdo a lo que he observado, ocurre más en ciertos niveles. En los niveles pobres no se da, lo que paradójicamente

significa inequidad. También, es necesario decir, que a veces es difícil distinguir entre atención médica honesta y medicina defensiva, ya que esta última parece preservar la vida y la salud. Se habla de medicina defensiva, pero también hay cirugía defensiva, pediatría defensiva, psiquiatría defensiva, urgencias defensivas y ginecología defensiva, todos son actos anticipatorios. Debemos recordar, que la medicina, que la atención médica no es perfecta, que hay errores. Que los médicos no son infalibles.

A mí me tocó vivir los inicios de la medicina defensiva, fue alrededor de los años 60 en Estados Unidos. En las siguientes décadas, 70's y 80's aumentaron el número de demandas, aumentaron las primas para pagar por los médicos por demanda, y hace unos diez años se hizo ya manifiesta y con claridad la medicina defensiva. En la Gran Bretaña, la medicina defensiva se está llevando la pata de león, el costo de demandas en la Gran Bretaña por el año de 1997, fue de 200 millones de libras, todo esto va ligado a la jurisprudencia anglosajona. Ahora, Argentina, Uruguay, Chile y Brasil no son ajenos a esta situación, es decir, el problema no es aislado, se empieza a extender. El número de médicos que se aseguran es mayor.

Para tener un conocimiento de lo que estaba ocurriendo en el país, me permití hacer una encuesta pequeña entre varios médicos, visité algunos directivos también de la atención médica. La encuesta se refiere a cinco incisos. Primero, quise que los médicos se identificarán señalando que tipo de actividad realizaba, si trabajaban en el sector público, en el sector privado, o en ambos. También les pregunté cuál era su concepto de medicina defensiva, en el reverso de la hoja les expuse el concepto de medicina mencionada al principio. Más adelante, pregunté si tenían conocimiento de la medicina defensiva de su práctica y por último les pedí comentarios. Establecí cuatro grupos de estudio. En la ciudad de México 12 médicos de la práctica médica privada y oficial de tercer nivel contestaron el cuestionario; en la ciudad de Puebla 22 médicos de práctica mixta básicamente de primero y segundos niveles; en ciudad Victoria, 12 médicos, pero en Ciudad Victoria hay hospitales de orden privado, y en el CIESS encuesté a 34 médicos, 12 extranjeros procedentes de Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú.

De esta manera encuesté a 80 médicos, 68 de éstos nacionales. Dos conocieron el término y su práctica, los 78 restantes desconocieron el concepto y su ejercicio. Hicieron comentarios como los siguientes: "Pensé que la medicina defensiva era como la medicina preventiva" "Hay paralelismo entre la medicina

defensiva y el manejo defensivo", y se referían al manejo de vehículos. Una tercera idea; "Es un concepto bélico. ¿Debe haber medicina ofensiva?" "Es una forma legítima de actuar". Una quinta expresión: "Es una práctica aceptable si no es riesgosa". "Una sexta expresión muy interesante a mi juicio, "No es un servicio, es un negocio para alguien, es la ventaja para alguien y también es perjuicio para alguien". Un séptimo comentario: "Conozco el caso de un cirujano que solicitó para laboratorio clínico "sobrediagnosticar", y una última expresión: "Es desperdicio".

En cuanto a las entrevistas con los directores de unidades médicas, entrevisté a cuatro, tres del Distrito Federal y uno de fuera de la ciudad. En otra forma, dos del sector público y dos del sector privado. En el sector privado se me hizo este comentario muy interesante: "Hay un aumento desde hace dos años del número de análisis y de exámenes de gabinete, también hay mejores registros de los médicos, los que están aumentando la documentación. Todo esto es un incremento invisible, es decir, el médico está buscando defensa. Me hubiera gustado complementar este estudio con encuestas a los usuarios, a los beneficiarios, pero esto no ha sido posible. Ya tenemos una idea de la situación de la medicina defensiva en nuestro país.

Ahora hablemos de la globalización. La globalización inicialmente significó la

internacionalización e interdependencia de economías nacionales, conformando mercados financieros, monetarios, bursátiles y comerciales. Ahora se aplica a otros sectores, a la medicina, a la salud, a la industria, etcétera. Desde luego, esta situación no es ajena a la informática y a la cibernética. También cuando se inició el Tratado de Libre Comercio de México, Estados Unidos y Canadá, se habló de que un probable problema de la medicina del futuro sería la medicina defensiva. Acaba de publicarse recientemente un libro de Federico Mayer, director general de la UNESCO, que se llama Un mundo nuevo. Dice lo siguiente de la globalización: “Como consecuencia del proceso de globalización, los problemas atraviesan las fronteras por lo que requieren soluciones a escala mundial”.

Es decir, se refiere en nuestro caso, que la medicina defensiva es un fenómeno que se está expandiendo.

Ahora hablemos de los retos. ¿Qué es un reto? Un reto es un desafío, una preocupación, significa imaginación, creatividad, compromiso. A mi juicio son cuatro los retos que tiene la medicina defensiva, pero siempre buscando superarlos, y un objetivo. Éstos son: calidad y una mejor relación médico paciente.

Estos retos de carácter regulatorio, de carácter médico, de carácter económico y ético están interrelacionados. ¿Cuáles son los límites de licitud de intervención del médico sobre la salud-enfermedad en el paciente. Desde luego, una posición sería: Laissezfaire, laissezpasser, dejar hacer, dejar pasar. Desde luego es necesario un estudio integral, objetivo, analítico y crítico señalando cuál es la magnitud del problema. Teniendo en cuenta los principios clásicos de la Bioética: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía, y la justicia.

Desde el punto de vista regulatorio, conviene profundizar, lo que implica garantías para pacientes médicos.

En Estados Unidos se ha expresado lo siguiente desde el ángulo legal: “En la atención médica, como en el transcurso de la vida de un ser humano, el intercambio entre riesgos y costos es inevitable. Es necesario valorar, reformar o actualizar las normas y disposiciones de tal manera que los médicos puedan utilizar sus conocimientos y habilidades para, de esta manera, manejar tales intercambios; además sería conveniente que los médicos y los pacientes compartieran responsabilidades ante riesgos y costos, basándose en información”.

El reto: desde el ángulo médico, probablemente en algunos casos, se podría recurrir a protocolos de tratamientos, y a normas de atención. Quizá podría recurrirse a los grupos relacionados con el diagnóstico, los GRD, que son un sistema de clasificación de pacientes, cada grupo está conformado por patologías o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tanto clínicos como de recursos. Los GRD permiten determinar el gasto que supone una enfermedad específica para, a partir de ahí, poder planificar presupuestos y costos. En otros términos, los GRD suman estrategia, buscan calidad y costos óptimos, se basan en diagnósticos afines, al igual que insumos y recursos; permiten realizar comparaciones. En el Instituto Mexicano del Seguro Social empiezan a implementarse, en Estados Unidos desde hace 15 años ya se tiene experiencia a este respecto, al igual que en América del Sur y en Japón.

El tercer reto es el económico. La medicina defensiva aumenta el costo de los servicios de por sí ya elevados. Uno de los retos más importantes es convencer a las partes interesadas en cuanto a tener presente el concepto de eficiencia, término que implica relación favorable entre los resultados obtenidos y costos de los recursos empleados.

¿Cuál es el costo beneficio de la medicina defensiva? Pienso que la economía de la

salud, esta disciplina relativamente nueva, debe dedicarse en gran parte a estudiar cuánto es el costo de la medicina defensiva. Antes hablábamos de honorarios, ahora hablamos de costos. El último reto es un reto axiológico que ya ha sido referido. Es un reto de carácter ético. Se debe crear, reforzar o afirmar la relación médico-paciente, buscando una interacción de confianza, conociendo al paciente que tiene el problema y el problema que tiene el paciente.

El doctor Fernando Martínez Cortés, al hablar de utilitarismo y el ejercicio ético de la medicina, ha señalado el siguiente precepto de aceptabilidad y aquiescencia, que relaciona al médico con el paciente desde los ángulos de su libertad, responsabilidad y dignidad, y que consiste en la aceptación y la participación del paciente en las propuestas del médico.

Lo anterior es lo que ha sido señalado. El consentimiento bajo información, recuerdo, es una orientación al paciente, incorporándolo al esquema y evaluación del diagnóstico y tratamiento; significa comunicación, indicando ventajas, riesgos, y costos económicos. Es proporcionar conocimientos, y por lo tanto responsabilidades.

El consentimiento bajo información es la aceptación universal del paciente para someterse a una acción médica o bien la selección entre opciones de manera libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le haya informado las características de la acción, sus riesgos y beneficios.

El consentimiento bajo información no existe para proteger al médico de un procedimiento judicial, existe para proteger a los pacientes de un posible exceso del médico, es un derecho inalienable de todos los pacientes. Como de hecho genera en la contraparte una obligación, por ese motivo, en la medida que el médico respete los derechos del paciente, su estado emocional, su nivel intelectual y su función cognitiva, su actuación será ética.

Es necesario disponer de un sólido diagnóstico de las causas y niveles en que se presenta la medicina defensiva: identificando experiencias, preparando respuestas de acción, aunando esfuerzos que impliquen participación de todos los actores. Al pensar CONAMED en este tema, toma una posición de avanzar, tiene un sentido previsor. En México, desde el ángulo de la globalización, la medicina defensiva es un problema con aristas jurídicas, éticas y económicas.

La meta es identificar los cambios que están ocurriendo, y anticipar dinámicas, es una situación “emergente” en torno a la conformación de mercados de salud ante la que hay que tener una posición crítica; es necesario determinar la magnitud del problema y las características de demandantes y demandados.

Los cambios producidos por la globalización llevan a reflexionar sobre la necesidad de determinar o precisar los lineamientos éticos con el propósito de introducir elementos que contribuyan a evitar la medicina defensiva, favoreciendo la calidad y responsabilidad en la atención médica, formulando además los parámetros para regular la prestación y financiamiento de los servicios. Dándole derecho al usuario de lo que es necesario y útil, sin interferir en el libre ejercicio de la profesión.

En la escuela de medicina de Harvard hace siete décadas, al hablar de esencia de la práctica médica, Francis Peabody dijo: “El tratamiento de una enfermedad debe ser totalmente impersonal, y el cuidado del paciente debe ser totalmente personal”.

Inquietudes de una ciudadana

La demanda social de un código de ética médica para el siglo XXI