

último la felicidad de los seres humanos.

El hombre empezó a crecer cuando empezó a hacerse preguntas, y quiero terminar con una pregunta, ¿Será esto posible?

Conclusiones

Agustín Ramírez Ramírez

Una visión de conjunto del IV Simposio Internacional Conamed "Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente" contextualiza la fundamental preocupación de esta reunión en trabajos que, a lo largo de cuatro años, perfilan la suma del quehacer médico, y permiten integrar una perspectiva de la relación médico-paciente durante un periodo notable por su transición, tanto en los aspectos que conciernen a la moral como a la ciencia, a los avances tecnológicos y a sus posibles consecuencias.

Hoy, hace ya tres años que el Dr. Héctor Fernández Varela Mejía, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, nos instruyó para organizar un espacio de reflexión sobre temas que contribuyeran al desarrollo de una práctica médica que fomentara la relación médico-paciente, y contribuyera a elevar la calidad de los servicios médicos que recibe la población.



Desde entonces, celebrar cada año este Simposio, ha sido un reto que como servidores públicos nos llena siempre de satisfacciones, pues se trata de un esfuerzo institucional al que contribuimos todos los que trabajamos en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Por ello, es muy grato concluir el día de hoy esta cuarta edición de nuestro Simposio Internacional, en un recinto que forma parte de un amplio conjunto, que no sólo nos permite recordar la riqueza de nuestro pasado histórico, sino que fortalece en gran medida las posiciones que aquí se han expresado, para enfrentar con éxito los retos que tiene ante sí la medicina mexicana, en una sociedad globalizada, altamente competitiva.

Esta jornada nos ha permitido escuchar conferencias de un gran contenido, expuestas por reconocidos profesionales de diversos ámbitos en nuestro país; así como por nuestros invitados de Perú, Cuba y España. Sus comentarios dejarán sin duda honda huella en las tareas que la CONAMED habrá de abordar para atender las tareas que se nos han encomendado.

Así, en estos tres días, hemos tenido la oportunidad de escuchar diversos puntos de vista sobre ética, medicina defensiva y cultura de corresponsabilidad en el cuidado de la salud. Temas de la mayor trascendencia para fincar un futuro más humano y cierto en nuestra sociedad.

En el acto inaugural, el doctor Fernández Varela nos indujo a reflexionar sobre el complejo tema de la ética médica, ya que ahora, dijo, se maneja una ética más amplia, cuya discusión no debe constreñirse únicamente a lo postulado por los principios hipocráticos, sino que debe considerar de manera fundamental los intereses del paciente y respetar su derecho a la autonomía para decidir sobre su salud. Una nueva ética, que además considere los avances de la ciencia y la tecnología, en un marco de respeto de los derechos

fundamentales del paciente.

En su oportunidad, el Lic. Antonio González Norris, Director del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud del Perú, nos brindó un amplio panorama sobre la situación en materia de salud que vive su país, y nos ilustró sobre el procedimiento que se lleva a cabo para la atención de quejas médicas, que en primera instancia se desahoga a través de los llamados Comités de Vigilancia y Ética Médica y Deontológica.

En este contexto, reseñó la creación del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, cuya misión es promover

el uso de los medios alternativos, particularmente la conciliación y el arbitraje, para la resolución de controversias que se presentan en los centros de salud.

Destacó el hecho de que el Centro aspira a convertirse en la principal institución de resolución de controversias médico-paciente de su país.

En su intervención, el doctor Hugo Aréchiga reflexionó y analizó las nuevas formas del enfoque de la ética y sus aplicaciones. Resaltó que el comportamiento ético del médico va desde hacer investigación con responsabilidad —ya que la investigación médica tiene una valoración moral intrínseca—, hasta ampliar el caudal de conocimiento. Este proceso de educación continua del médico, comentó, forma parte del proceso de consolidación de la ética médica.

Señaló que no es un hecho fortuito que estemos ante una transformación de la ética del médico; que esta ética se está fracturando, llamando la atención sobre el hecho de que los retos que enfrenta la medicina son mucho más complejos, por lo que existe la necesidad de diseñar nuevas estrategias para enfrentarlos.

Refirió también algunos de los dilemas a los que se enfrenta la medicina en la actualidad, como son los trasplantes de órganos, manipulaciones farmacológicas, el aborto, la clonación, la inseminación artificial, los desarrollos

en bioingeniería, y la identificación genómica de riesgos de salud, entre otros.

Tuvimos, asimismo, la oportunidad de escuchar voces reconocidas como las del Dr. Gerardo Heinze Martín, Director General del Instituto Mexicano de Psiquiatría, y del Dr. Luis Méndez Cárdenas, especialista en la atención del paciente adolescente.

El doctor Heinze se refirió a la necesidad de estar conscientes de las implicaciones éticas que derivan del ejercicio de la profesión médica, dado el impacto social de sus acciones, pues, dijo, el comportamiento ético se basa en el sentido de responsabilidad de cada médico hacia sus pacientes y hacia la sociedad entera, de tal manera que su buen juicio debe determinar las acciones más apropiadas para beneficio de todos.

En especial, se refirió al secreto profesional como una obligación jurídica y moral del psiquiatra, dado que la psiquiatría se aplica a tratar todo aquello que amenaza la integridad mental del individuo, por lo que el ejercicio de esta especialidad pretende proteger al individuo enfermo, pero también a su familia; de ahí que la relación

médico-paciente debe ocurrir respetando los principios éticos de manera comprometida y empática, basándose en el respeto de la dignidad humana, y en una actitud de reclamo a la sociedad para que otorgue un tratamiento de igualdad al enfermo mental, para que se reconozca su derecho a la restauración de su salud, y para que se procure el mayor bienestar posible dentro de su misma enfermedad.

Especial interés despertaron los puntos de vista del doctor Samuel Ponce de León, quien inició su participación cuestionando a la bioética, al señalar que es un concepto de moda que corre el peligro de caer en la devaluación por el uso irresponsable que en ocasiones se le da al término.

En la misma línea que los ponentes anteriores, señaló la importancia que tiene la aplicación de los conceptos éticos y los cambios que en esta materia se originan, en casos concretos de pacientes portadores de VIH o con SIDA, e invitó a los participantes a reflexionar, a dar un paseo por su memoria para ver cuántos casos de esta naturaleza conocen de personas cercanas.

El doctor Méndez Cárdenas, por su parte, al hablar de los aspectos éticos en la atención del adolescente, abordó el dilema al que se enfrenta el médico que es depositario de la confianza de jóvenes con problemas de drogadicción, así como de quienes cursan con conflictos de identidad sexual, y al buscar su apoyo, solicitan que sus padres no se enteren de las situaciones por las que atraviesan.

Es una situación difícil, señaló, porque el médico está ante la responsabilidad de guardar el secreto profesional a que está obligado con cualquier paciente, o notificar a los padres de familia de la situación que vive su hijo, a fin de buscar la mejor solución y comprensión a sus problemas.

A ese respecto, precisó, el objetivo de los médicos que atienden pacientes de 10 a 18 años de edad es que acudan por propia voluntad, a fin de decidir lo mejor para el adolescente.

En nuestro segundo bloque de conferencias se abordó de manera más concreta la posibilidad de contar con un Código de Ética Médica, no como producto de la actividad reguladora del poder público, sino a manera de principios que la propia comunidad médica debe encontrar con el apoyo de las agrupaciones de profesionales de la salud, y la participación de otras disciplinas que, como el derecho y la filosofía, orienten los parámetros de su integración.

El licenciado Sebastián Talamadrid, en nombre del doctor Francisco Javier Osornio, abordó el tema de la bioética desde el punto de vista jurídico. Para él, el establecimiento de un código de ética para los profesionales de la salud debe partir, en buena medida, del hecho fundamental de que el derecho a la vida es un derecho positivo reconocido por el orden jurídico; y que en este sentido, al referirse a las normas bioéticas es indispensable también referirse a un conjunto de normas jurídicas cuyo propósito es, justamente, establecer las reglas de Derecho que rijan la actividad científica dedicada al desarrollo y aplicación de técnicas destinadas a la manipulación de las condiciones de gestación y desarrollo de los seres vivos, y en particular, de los seres humanos.

Durante su participación, el doctor Mauricio García Sainz señaló que los Códigos de Ética Médica han sido elaborados, prescritos y sancionados por los propios médicos en una función colegiada de interés social y que, por su naturaleza, estos códigos están integrados por normas y principios generales de conducta obligatorios para los médicos, quienes, en caso de violarlos, serían juzgados y sancionados por sus pares.

En cuanto a la relación de la ética con la ley, señaló que la primera investiga las

teorías normativas de la conducta y las formas de su aplicación práctica, en tanto que la ley marca los límites establecidos por la sociedad a las acciones humanas, señalando que aun cuando el Código Hipocrático ha sido sustituido por otros, estos documentos son tan breves y generales como el helénico, y no resuelven los nuevos dilemas creados por el progreso de la medicina, por lo que se hace necesario avanzar a ese respecto.

Para el doctor Fernando Torres Valadez, el establecimiento de un Código de Ética puede intentarse mediante propuestas de alto nivel por parte de juristas, legisladores, filósofos, humanistas, genetistas, ecologistas, sociólogos, antropólogos, moralistas, religiosos, etc., y, por supuesto, por médicos que en toda su vida han profundizado en el conocimiento de la ética general y la ética médica.

En el transcurso de su exposición, señaló además que para su integración, un Código de Ética Médica tendría tres grandes áreas: una, derivada directamente de la garantía de la calidad total de la atención a la salud y médica, en donde se obtendría el ordenamiento de postulados para los casos del ejercicio de la profesión médica; otra área crítica implicaría el planteamiento de casos complejos o extremadamente difíciles que involucran a la especie humana y al orden universal, en la cual sería indispensable la participación de los eruditos y pensadores de la conducta humana, especialmente en lo relativo a enfoques ontológicos y al humanismo laico de la bioética.

Agregó que a la tercer área corresponderían los planteamientos del Estado para dar solución a la tendencia a la mercantilización de la medicina moderna, el trabajo de instituciones prestadoras de servicios por pagos anticipados, las aseguradoras, y el problema de honorarios que tienden a la explotación del profesionista médico, entre otros.

Por su parte, el doctor Manuel Álvarez Navarro hizo hincapié en que la ética no es una ciencia hipotética, sino que se fundamenta en la dignidad personal y el sentido de la vida; el cual contempla vivir y morir con dignidad. Para vivir dignamente, abundó, debe plantearse primero el sentido de la existencia.

Sus consideraciones finales en torno a la ética y las relaciones interpersonales entre los médicos abordaron los principios reguladores de las relaciones entre los médicos: la deferencia, el respeto, la lealtad y la asistencia mutua; ésta última implica asistencia moral, entendida como la ayuda recíproca en casos tales como la comisión de errores repetidos, las denuncias injustas o la enfermedad del médico; y también conlleva asistencia profesional, vista como un deber de confraternidad en situaciones como la sustitución profesional por mutuo acuerdo, por enfermedad o por necesidad.

En el segundo día de los trabajos de este Simposio, escuchamos en forma detallada la exposición que hizo el Licenciado Juvenal Núñez Mercado, sobre la

necesidad de transformar la naturaleza jurídica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de órgano desconcentrado a organismo público descentralizado, en cuyo proceso es indispensable la participación del Poder Legislativo, a fin de brindar a la institución el respaldo social y la legitimidad que requiere la atención de las demandas de una sociedad en proceso de cambio, para contribuir al fortalecimiento del modelo de atención médica y para refrenar la amenaza de la medicina defensiva tan común en otras sociedades.

En su participación, el doctor Rivero Serrano señaló que la medicina defensiva implica un acto de desconfianza en la relación médico-paciente. Indicó, asimismo, que la medicina defensiva es parte del cambio de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que el médico emplea para protegerse de la posibilidad de una

demanda por negligencia o impericia; y precisó que, afortunadamente, éste no es un problema que abunde en nuestro país. Concluyó que la causa fundamental de la práctica de la medicina defensiva es la pobre relación médico-paciente, la cual tiene sus bases en la mala comunicación entre los actores de este binomio.

Sobre la situación de la medicina defensiva en el ámbito europeo e internacional, la ponencia que nos fue enviada por el Dr. Iñigo Barreda, del Instituto de Fomento Sanitario de la Comunidad de Madrid, en España, dio cuenta de los riesgos que implica el ejercicio de una medicina defensiva, precisando que la ética y la deontología médica la rechazan la medicina defensiva por pervertir los principios de la medicina clásica.

En su oportunidad, el doctor Héctor Fernández González nos hizo reflexionar sobre las Organizaciones Administradoras de Salud u Organizaciones Prestadoras de Salud que han sido creadas como negocios para la creación de ganancias para los empresarios, limitando el acceso oportuno a los servicios

médicos a grandes sectores de la población, con el consiguiente castigo de la calidad, al eliminar, por ejemplo, el apoyo para la investigación de la enseñanza; esto, sin duda, ha trastocado los valores fundamentales de la relación médico-paciente.

Con lo anterior, afirmó, se ha generado la inconformidad del paciente, lo que ha propiciado que haya mayores demandas en contra del médico por mala práctica.

Para el doctor Guillermo Fajardo Ortiz, la medicina defensiva es uno de los principales problemas de nuestro futuro a consecuencia de la globalización, pues ésta hace que los problemas, cualquiera que sea su naturaleza, atraviesen las fronteras.

Señaló también que la economía de la salud debería encargarse de calcular cuáles han sido los costos, hasta la fecha, de la medicina defensiva en nuestro país.

La mercantilización de la medicina también ha atravesado nuestras fronteras, provocando una mayor deshumanización de la práctica médica.

En su intervención el doctor San Esteban Sosa habló de los elementos que pueden permitir al médico tener una actualización permanente del conocimiento. Destacó que la mejor defensa que tienen los médicos para garantizar su responsabilidad profesional ante cualquier situación de queja, son la calificación y la certificación; en una palabra, la buena educación.

En ese sentido, expresó que los Consejo Médicos son las instancias que garantizan la calidad de la atención que se brinda a los usuarios, dada la importancia que en últimas fechas han ganado.

En su participación, el doctor Víctor Manuel Arrubarena Aragón dijo que en este fin de milenio una de las desgracias que nos ha tocado vivir es la medicina defensiva, que acaba con toda la imagen que la medicina ha tenido en siglos de ser inicialmente un arte, y posteriormente un arte científico. Señaló que el mejor argumento que tienen los médicos es la preparación y la capacitación a través de la educación médica. Señaló que los Consejos, junto con las universidades y las instituciones de salud forman una triada que ofrece una preparación continua a los médicos.

En el panel «La actualización permanente del conocimiento como medio para combatir la medicina defensiva» quedó claro que la creciente tendencia a entablar demandas contra médicos en las que se pone en riesgo su patrimonio, su prestigio e inclusive su libertad, han dado lugar a que se tomen una serie de medidas legales

de protección; no obstante que estas medidas salen de proporción al incurrir en la llamada medicina defensiva.

Por ello, se indicó, la actualización del conocimiento requiere de la responsabilidad y empeño del profesional, que continuamente debe poner al día sus conocimientos y destrezas y aplicarlos sabiamente, según las circunstancias en las que se brinde la atención.

En el panel sobre «la actividad pericial de la CONAMED y su impacto en la actividad profesional del médico», los titulares de las contralorías del IMSS y del ISSSTE coincidieron en que para la resolución de las quejas médicas por parte del órgano de control interno reviste particular importancia el dictamen que emite la CONAMED, por sus características de objetividad, imparcialidad y elevado nivel técnico. Por ello, es necesario avanzar más en la emisión ágil y oportuna de estos instrumentos.

Se dijo que los dictámenes de los comités institucionales internos constituyen otro importante apoyo para resolver quejas médicas o para deslindar responsabilidad, y si bien pueden resultar más expeditos, presentan en algunos casos la limitante de una eventual falta de imparcialidad, o bien, conflictos de interés, por lo cual se prefiere acudir a la CONAMED.

No obstante, se señaló, es necesario impulsar a los comités técnicos internos como instancias generadoras de las quejas médicas, y elevar la calidad de la observancia médica, fomentando los factores que la hacen posible: observancia de la ética profesional, capacitación y educación continua, conocimiento de la normatividad y su cumplimiento; y, de manera relevante, la debida integración del expediente clínico, conforme a la Norma Oficial 168 publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999.

De igual manera, se indicó que los dictámenes emitidos por la CONAMED han permitido contar con la opinión calificada y la participación de expertos en cada una de las especialidades médicas sobre las que versan las quejas, circunstancias que dan mayor confianza, tanto al quejoso como al personal médico involucrado en las resoluciones de la contraloría interna.

Durante la tercera jornada del Simposio se abordó la necesidad de fomentar una cultura de corresponsabilidad en el cuidado de la salud. Sobre este particular, la doctora cubana Mayda Luisa Abeledo Concepción subrayó que el derecho a la salud es un valor universal y un derecho inalienable; una necesidad consustancial al desarrollo del individuo y un interés esencial de la población mundial.

Comentó también que la medicina ya no puede ser vista como un problema individual, y que el concepto de salud pública, desde esta perspectiva, está indisolublemente ligado con las funciones del Estado. Éste debe encargarse del control de enfermedades transmisibles, de la educación para la higiene personal, de la organización de los servicios médicos y del desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren para cada persona un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Por su parte, la doctora Luz Elena Gutiérrez de Velasco habló de la participación de la mujer en la formación de una cultura del cuidado de la salud. Dijo que las tensiones y diferencias genéricas, así como las asimetrías de poder y conocimiento entre los participantes del proceso médico, se profundizan por razones de índole socioeconómica y cultural e influyen, en gran medida, en la separación y falta de comunicación del binomio médico-paciente.

El maestro Virgilio Caballero, en la parte central de su exposición titulada «Responsabilidad de los medios de comunicación en el cuidado de salud de la

población», se refirió a los efectos nocivos de las campañas de publicidad televisivas, principalmente las que promueven el uso de productos tales como el alcohol y los cigarrillos, e incluso los refrescos, en la salud de la población mexicana.

Abundó acerca del grave problema que significa el alcoholismo en nuestro país y, en este sentido, cuestionó la manipulada autoregulación de los medios de comunicación, los cuales incluso premian este tipo de publicidad. De igual modo, se preguntó también si, al permitir estas campañas, las leyes mexicanas no otorgan un reconocimiento a los daños a la salud que propician y, finalmente, se pronunció en favor de una ética en los medios que privilegie la salud por encima de los beneficios económicos para las grandes empresas.

La maestra Mayte Noriega habló acerca de la creciente demanda social de una conducta ética en todos los ámbitos, incluido el médico. Señaló que en la actualidad hemos establecido una moral más estricta, incluso tiránica, para los profesionistas, quienes no sólo deben resolver los problemas actuales, sino prever los del futuro. Resaltó que, en general, nuestras normas han surgido de la culpa y del temor, no de la solidaridad, lo que propicia el surgimiento de nuevos opresores y oprimidos.

En el segundo bloque de conferencias del este día, la licenciada Josefina Reyes González, a quien tocó el tema «La responsabilidad del equipo de salud en el cuidado de la salud del paciente», dijo que para atender las necesidades de la población en materia de salud es indispensable la interrelación personal de todos los profesionales involucrados en la prestación de servicios médicos, cualquiera que sea su especialidad. Asimismo, precisó que el equipo de salud requiere, entre otras virtudes: compromiso, valores éticos, cohesión, objetivos comunes y dominio de las tareas que a cada quien le son encomendadas.

La licenciada Nora Saldaña hizo algunas consideraciones en torno a la responsabilidad del paciente en el cuidado de la salud, y precisó que ésta debe ser compartida no sólo por los prestadores de servicios médicos, sino por el resto de la sociedad; al respecto, indicó que su trabajo como comunicóloga es fundamentalmente de orientación e información para el público —con el fin de que éste conozca sus derechos y obligaciones—, así como de divulgación de la información científica más actualizada con el apoyo de médicos y especialistas.

Posteriormente, en nombre del doctor Manuel Urbina Fuentes — a quien correspondió el tema «Ampliación de cobertura: un compromiso social»— la

doctora Alba Moguel Ancheita habló de la necesidad de reformar el sector salud para que toda la población, especialmente los sectores más desprotegidos, tuviera acceso a los servicios médicos; las dos directrices fundamentales de este Programa de Reforma fueron la ampliación de la cobertura de seguridad social mediante diferentes formas de aseguramiento por prepago, y la descentralización de los servicios médicos. A éstas se sumaron la reorganización del modelo de atención vigente, el otorgamiento de un paquete básico de servicios para ampliar la cobertura, así como la participación municipal para facilitar el acceso a los servicios de salud en las distintas localidades del país.

Asimismo, la doctora Moguel señaló que los principios fundamentales de la reorganización de los servicios fueron la calidad, la equidad, la integralidad, la eficacia, la eficiencia, la universalidad, la accesibilidad y la flexibilidad, lo que permitió que cada localidad construyera su propio modelo de atención a la salud. Destacó también la participación en este proceso —que incluyó además campañas educativas y de orientación en materia de salud— de instituciones Hospitalarias públicas y privadas, de academia y sociedades médicas del país, y de diversos organismos gubernamentales.

Por último, el doctor Antonio Guzmán Hernández abordó las expresiones socioculturales de la medicina alternativa, la cual, indicó, contrasta con los grandes avances médicos y científicos de los últimos años. Definió a este tipo de medicina como el conjunto de conocimientos y prácticas utilizados por un médico tradicional —quien muchas veces, en las zonas marginadas, es la única persona a quien los enfermos pueden recurrir— para aliviar los desórdenes físicos, mentales y sociales de una comunidad, donde estas prácticas son plenamente aceptadas.

Pese a que se trata de un tipo de medicina local, puesto en práctica sobre todo por los diversos grupos indígenas del país, enfatizó que ha cobrado notable relevancia internacional porque, según ha confirmado la ciencia moderna, no carece de fundamentos clínicos.

Concluyó que es necesario incorporar los conocimientos médicos tradicionales y los escasos recursos de las comunidades rurales al Sistema Nacional Salud con el fin de hacer más accesible la meta de salud para todos en el año 2000.

Pudiéramos entonces, para sintetizar en una sola frase la preocupación central de los ponentes y conferencistas de este IV Simposio que nuestro problema moral, como afirma Erich Fromm, es la indiferencia del hombre consigo mismo.

Voces Conamed

María del Carmen Dubón Peniche

El siguiente caso —un parto prematuro con diversas complicaciones— nos brinda la oportunidad de reflexionar acerca de las posibilidades y los límites del quehacer médico: no siempre la mano del hombre, así tenga las mejores intenciones, puede impedir el curso natural de un padecimiento, cualquiera que éste sea.

Estudio de caso

Motivo de la queja

Mala atención de parto prematuro, con ruptura de membranas, mediante el que se obtuvo recién nacido, masculino, que posteriormente presentó dificultad respiratoria y falleció, existiendo irregularidades en su atención.

Pretensiones

- Informe detallado de la atención proporcionada y explicación de los motivos que ocasionaron la defunción del recién nacido.
- Determinar si existió impericia o negligencia.

Resumen clínico

Expediente gineco-obstétrico Nota de consulta externa del 26 de mayo de 1997 señala “femenino de 27 años con sangrado uterino anormal. Fecha de la última menstruación mayo del 97, no recuerda la fecha y desde enero el ciclo es irregular. Niega otros síntomas. Exploración física: fondo uterino 22 cm., frecuencia cardíaca fetal no audible con doppler; al tacto vaginal leucorrea fétida verde, cérvix posterior. Plan: ultrasonografía para descartar embarazo vs. proceso tumoral (mola o miomatosis).”

El 2 de julio de 1997, la nota de evolución refiere “embarazo de 18 semanas por ultrasonido, además de mioma de 14.8 x 13.8 x 10 mm. Fondo uterino 24 cm. por arriba de la sínfisis del pubis. Frecuencia cardíaca fetal 148 por minuto. No actividad