

Las dimensiones éticas de la relación médico-paciente frente a los esquemas de aseguramiento

Rubén Torres
OPS/OMS

La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano
Aldous Huxley

Existen numerosos factores que han modificado las dimensiones de la relación médico-paciente, desde distintas perspectivas. Entre otros cabe citar la aparición de una nueva morbilidad, con predominio de las enfermedades crónicas por sobre las agudas, la aparición de secuelas de enfermedades antes incurables, y la indudable determinación de la condición de salud en función de las condiciones socio-ambientales. Del mismo modo, la globalización de la información ha estrechado la asimetría de conocimiento entre pacientes y médicos. Los pacientes actuales cada día están más informados y presentan más conocimientos sobre su salud, y esto a veces genera complicaciones en la comunicación, pues disponer de información no supone disponer del criterio para comprenderla, y las “creencias erróneas” que surgen son numerosas, aunque debemos admitir que a veces resultan, por intuición, muy “acertadas”.

La aparición de esquemas de aseguramiento ha agregado un componente profundamente distorsivo en términos de esa relación y ha disparado interrogantes de difícil respuesta. Dada la innata limitación de los recursos ante el sostenido crecimiento del gasto, ¿cómo deben distribuirse esos recursos para cumplir con el deber de justicia? ¿Según la concepción liberal en que la distribución justa de los cuidados solo se logra a través de relaciones libres de mercado y beneficiencia para los más pobres; según la concepción utilitarista de Bentham de que la mayor felicidad del mayor número es la medida de lo justo y de lo injusto; o según la concepción igualitarista de dar a todos según su necesidad?

El debate sobre el sistema, aunque solapado, se centra sobre las condiciones del aseguramiento universal, la igualdad en el acceso, el límite de las prestaciones cubiertas y la participación del ciudadano en el copago de algunas de ellas. En definitiva, se centra en la equidad, entendida como igual acceso para igual necesidad, en la solidaridad de los que más tienen con los que menos tienen y del sano con el enfermo, y en la efectividad de las intervenciones.

Este debate surgió por la constatación de varios hechos: 1) el crecimiento exponencial del gasto en salud, que en los países de la OCDE pasó de menos del 5% del PBI en 1966, al 8% en 1991; 2) la incertidumbre y el desconocimiento sobre el efecto real de algunas intervenciones sanitarias en la mejoría de la calidad y en la prolongación de la vida; 3) la inexplicada variabilidad de la práctica clínica y la rapidez en la introducción de nuevas tecnologías. No debiendo olvidarse la limitación de los recursos disponibles, las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de

servicios, la complejidad de los propios servicios y el desconocimiento de los efectos que esa demanda tiene en los costos.

En directa relación con este debate, estamos asistiendo a un cambio de la práctica médica que tiene su origen en varios factores:

- ✓ El poder de los que pagan la atención
- ✓ Los cambios en la relación médico-paciente
- ✓ La influencia de las nuevas tecnologías
- ✓ Las modificaciones de las fronteras entre salud y enfermedad
- ✓ La acción deletérea de la información.

Por otra parte las instancias reguladoras resultan responsables de dar respuesta a ese interrogante en términos operativos: a través de la confección de la canasta básica de servicios, las condiciones de otorgamiento de los mismos, los porcentajes de cobertura, etc. Para quien toma decisiones de política hay un imperativo ético y es el de la justicia en la distribución de los recursos, y este imperativo, en el nivel macro, es tan legítimo como el de la justicia que rige en la relación entre el paciente y el médico en el nivel micro.

Más allá de las percepciones de las necesidades sociales. Según Bradshaw: normativa (percibida por expertos), sentida (advertida por el sujeto), expresada (manifestada por el sujeto) o comparativa (deducida por un observador cuando algunos reciben servicios que otros iguales no reciben). Las sociedades están organizadas para que las necesidades de salud se satisfagan a través de los servicios de salud, cuyo objetivo es maximizar el impacto sobre la salud de la población con los recursos que la sociedad establece para ello, lo que exige a las autoridades reguladoras ser eficientes y coordinar en sus decisiones la práctica clínica, la ética y la economía.

Esta situación exige la construcción de un contrato social que tenga como objetivo el bien común y establezca oportuna y claramente cuáles serán objeto de privilegio, las necesidades individuales o las del conjunto.

De allí surgen dos problemas: el primero, el dilema moral del establecimiento del punto de "corte" en la cobertura, y el segundo, la garantía de calidad institucional de la autoridad regulatoria. Respecto del primero, descartada la noción convencional de demanda, por sus limitaciones, y la de necesidad absoluta, queda una extensa franja de alternativas para alcanzar objetivos sociosanitarios cuya resolución, aún incorporando información sobre eficiencia relativa y costo de oportunidad suponen un dilema como criterio de asignación de recursos. La priorización entre necesidades (equidad horizontal o vertical) en un sistema público supone un dilema moral complejo: quién accede a que prestación y a expensas de quién. El juicio normativo que operacionaliza la noción de necesidad consiste en una decisión colectiva respecto del "empoderamiento" social que habilita a determinados actores y no a otros para tomar este rango de decisiones.

En términos de la relación médico-paciente, el primer problema aparece cuando se le exige al médico el atender simultáneamente las necesidades del paciente y de la comunidad, al obligársele a involucrar en sus decisiones clínicas la racionalidad económica (justicia conmutativa o distributiva). El médico se ve obligado entonces a asumir una doble función: frente al paciente como fiduciario de los derechos del mismo y frente a la organización a la cual debe responder por la rentabilidad económica, generándose un dilema moral de lealtades contrapuestas o de “doble lealtad”. El modelo tradicional secular de un paciente que acude a su médico para que este actúe como su agente y tome decisiones a su favor, utilizando un conocimiento avanzado con total autonomía, retribuido con un honorario, ha cambiado por el de un agente con dos principales: el paciente y el tercer pagador (o el grupo de personas asociadas en el fondo de seguros).

Esa necesidad de que el médico asuma su responsabilidad en la distribución de los recursos, conlleva la de renegociar el contrato antes referido entre la profesión y la sociedad. Ese acuerdo tácito puede resquebrajarse además, porque el ejercicio de esta profesión está siendo afectado por grandes intereses, de una forma sutil. Los médicos cometemos errores todos los días, de los que somos responsables ante la sociedad, pero muchos de esos problemas, comienzan a deberse a la organización del sistema. “Como en otras tantas cosas, pesa más la razón del poder que el poder de la razón”, al decir de A. Muro.

Se hace necesario replantear un paradigma tradicional de la práctica médica, basado en el supuesto de que el conocimiento de los mecanismos biológicos de la enfermedad y de los procesos fisiopatológicos configuran base suficiente para la práctica de la medicina y que este conocimiento aplicado con sentido común y enriquecido con la experiencia personal, es suficiente para garantizar una buena práctica clínica. Por otro lado, se debe resaltar la importancia del examen de evidencias procedentes de la investigación clínica, incluyendo la búsqueda eficiente en la literatura y la aplicación de reglas formales de evidencia al evaluar la literatura clínica.

Sin embargo, la práctica clínica está basada en la relación interpersonal, y en ella el paciente está más informado, sabe mejor lo que quiere y reclama mejor por sus derechos. También es cierto que el médico está tecnológicamente mejor preparado, pero sigue sin poder incorporar claramente en su quehacer diario la dimensión social de su acción; se sitúa frente a su paciente y toma sus decisiones atendiendo a los mismos principios que le planteaba el paradigma anterior, sigue pensando que tiene que darle a su paciente lo mejor y en ausencia de riesgo o daño prefiere hacer algo más. Debiera tomarse en cuenta que a la hora de decidir si ofrecer a los pacientes tratamientos más o menos caros, estamos adoptando decisiones morales; pero asimismo, al tener en cuenta los juicios de valor implícitos en las decisiones clínicas se plantea la tensión existente entre la satisfacción de las necesidades de un paciente individual y de la sociedad en su conjunto.

Los médicos han sido respetados por la sociedad a lo largo de la historia, pero no ha sido solo por sus conocimientos, sino fundamentalmente, por sus

actitudes. Ser médico es conocimiento de la medicina, del ser humano y del mundo. Ser médico es una actitud además de una aptitud. Ser médico es presentar una disposición manifiesta a reducir el sufrimiento de los otros de la forma que sea, en cualquier condición y circunstancia.

Pero el lazo entre médico y paciente varió para siempre, y debe resurgir una "filosofía del cuidado" y una nueva moral de la relación. En tiempos de Internet, de la multiplicación de los autodiagnósticos y de la judicialización creciente de la medicina, pasamos "del poder no compartido de los médicos al saber compartido". Sin embargo, la confianza entre médico y enfermo ha desaparecido. Nunca hasta ahora la medicina parece haber sido tan eficaz, pero tampoco nunca hasta ahora fue tan cuestionada. En torno de esta noción de cuidado o tratamiento, se ha constituido un verdadero campo de investigación en las universidades estadounidenses y luego, en Francia. Se denomina "ética de la solicitud" a este campo que abarca el conjunto de las relaciones entre tratante y tratados. La bioética, centrada exclusivamente en la técnica y los actos médicos, no es más que uno de sus ámbitos.

Pues aunque la relación entre tratante y tratados es una relación por definición desigual, o sea, una actitud de entrega y sometimiento de un ser humano al criterio de otro, sí puede ser compatible con la libertad del hombre y, por esa misma razón, conservar su dimensión ética. Siempre y cuando se defina la libertad no en términos de autonomía, sino como interdependencia y solidaridad.

Lejos de las relaciones de autoridad y de poder que mantenían otrora los médicos, la filosofía del cuidado aportaría la promesa de una moral nueva fundada en la relación y no en el individuo separado de los otros.

Estos dilemas obligan también a rescatar el debate entre necesidad y demanda, pues se ha producido un cambio drástico de significaciones culturales a partir de los años noventa. La salud perdió las características universalistas que la caracterizaban anteriormente, y pasa a ser considerada como un bien de apropiación privada y su goce y beneficio parecen ser de orden individual y no social.

Los pacientes, o aun los ciudadanos que no padecen enfermedades, se han mutado en consumidores y demandan cada vez más "productos preventivos" que les permitan mantener su salud, aunque paradójicamente en algunas ocasiones, tomar demasiadas sustancias o realizar demasiados estudios, o tomarlos o realizarlos sin necesitarlas, para prevenir algún problema de salud, termina produciendo otro problema, o lo que es más grave, el afán por diagnosticar algún trastorno hasta entonces desconocido, y su tratamiento posterior, intentan resolver un problema que ni siquiera se había producido todavía.

Estar enfermo o sano es una cuestión más próxima a criterios humanos de percepción que a determinaciones científicas objetivas. Muchos egresados de las facultades de medicina, son hoy en día más bien *ingenieros del cuerpo*,

que médicos. Saber medicina no hace médicos. Para lograr esta condición hay que conocer también a los seres humanos que tratamos todos los días, sus miedos y sus dificultades en la vida; y también requiere saber que estamos viviendo en un mundo globalizado y mercantilizado, en el que cada acto o decisión que se tome en materia de salud va a reportar beneficios, no solo terapéuticos y no solo a nuestros pacientes.

Un rasgo distintivo de la práctica médica actual es el uso intensivo de aparatos. La imponente tecnología médica crea la impresión de que la medicina contemporánea es sumamente eficaz, la idea de la muerte se ha vuelto cada vez más impensable, y se le pide al médico que cure de manera rutinaria (Alain-Gérard Slama habla de la "reclericalización de la función médica: se le pide al médico que haga lo que antes se le pedía al cura"), Los médicos han dejado de cumplir la función a que alude etimológicamente su nombre (*mederi*: cuidar, del latín *coidar-cogitar*: prestar atención) para exigirles la función de curadores o sanadores habituales. Sin embargo, la mayoría de los enormes gastos médicos actuales en rápido aumento se destinan a diagnósticos y tratamientos cuya eficacia es en el menor de los casos dudoso.

Vivimos en una sociedad excesivamente medicamentada, en la que los problemas se resuelven muchas veces creando otros problemas. En todo el proceso asistencial se producen enormes gastos, y muchos de ellos son absolutamente innecesarios.

Pero cuando la noción de necesidad se utiliza como criterio en política sanitaria, para determinar el acceso de los ciudadanos a servicios públicos, aun todas estas afirmaciones y su respectiva comprobación no eliminan otro interrogante: ¿quién prioriza?

De alguna manera, cuando se proponen tratamientos cada vez más eficientes a costos cada vez menos razonables, la sociedad confiere al médico un importante y casi incumplible papel de árbitro económico. Por ello es necesario que se establezca una discusión más abierta y más investigación para definir la legitimidad y las razones que existen para tomar decisiones de racionamiento, racionamiento y priorización de los recursos. Que se concreten escenarios de consenso entre usuarios, médicos, aseguradores y gobierno, que preserven la confianza en la relación médico-paciente y de estos con los sistemas de prestación de servicios. La participación de los usuarios en los organismos regulatorios a través de diversos mecanismos --las audiencias públicas, foros, etc.-- es decisiva, al igual que la difusión de información a través de los medios de comunicación masiva, incluso poniendo límites a la información no sustentada en evidencia básica.

La vía de la educación es clave para detener la demanda innecesaria e imponer el uso racional de los recursos. Del mismo modo, en ese consenso, es necesario definir, revisar y ajustar los planes de beneficios, períodos de carencias, copagos y demás mecanismos de control:

Los organismos de regulación deben fomentar realmente las estrategias de prevención y las políticas saludables, estableciendo incluso mecanismos de incentivos que estimulen su instalación. Deben igualmente controlar la contratación, para evitar la intermediación que hace más insuficientes los recursos. Y se debe estandarizar las prácticas clínicas que eliminen procedimientos innecesarios, inseguros o ineficaces.

A los médicos debe exigírseles el profesionalismo como base de la calidad en la prestación de servicios de salud. Y esa calidad se sustenta con otro pilar, equidad, al cual cabe agregarle hoy un tercero, eficiencia.

En definitiva, los paradigmas son estructuras complejas que en función del progreso científico adoptan los miembros de una comunidad científica, en las que se contemplan los supuestos teóricos generales, las leyes, y las técnicas para su aplicación. Esto es articulado y desarrollado en un intento de explicar y acomodar el comportamiento del mundo real, pero las dificultades con que ese paradigma hoy se ha encontrado son insalvables y han generado un estado de crisis que solo se resolverá con recuperar la noción de cuidar por parte del médico, y la misma expectativa por parte de la sociedad, y en que las decisiones de política sociosanitaria se basen en decisiones de fortaleza técnica y transparencia suficientes, adaptadas a las preferencias y valores (cultura) de los ciudadanos y a las posibilidades económicas de la comunidad.

Bibliografía

1. Artells, J.J. *Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios*. Cap.3: "Demanda vs. necesidad en el contexto de la asistencia sanitaria". Masson, Barcelona, 1993.
2. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional de Hipertensión, Recomendaciones (1999) para el tratamiento de la hipertensión arterial. Hipertensión. Volumen 16, Número 6, Julio-Agosto 1999. P. 206-244.
3. Barr, N. *The economics of the welfare state*. Cap.4: "Economic theory: state intervention". Oxford University Press, Londres, 1998.
4. Bradshaw, J. A. "The conceptualisation and measurement of need. A social policy perspective", en Popay, J. y Williams, G. *Researching People's Health*. Routledge, Londres, 1994.
5. Bradshaw, J. A. "The concept of social need". *New society*; 30:640-643, 1972.
6. Laporte Roselló, J.R., *Comentarios al libro "los inventores de enfermedades"* de Jörg Blech. 2005
7. Pignarre Philippe. *Comment la dépression est devenue une épidémie. La Découverte*, París, 2001.
8. Eddy, D. M. "Clinical decision making from theory to practice. Benefit language: criteria that will improve quality while reducing costs". *JAMA* 275 : 650-657, 1996.
9. Frankel, S. "Health needs health care requirements and the myth of infinite demand". *Lancet* 337:1588-1589, 1991.
10. Huertas Raúl, "Salud y Mercado. Neoliberalismo y políticas de salud", *El viejo topo*. FIM, Madrid, 1998.
11. Haycox, A. et al. "Clinical guidelines-the hidden costs". *BMJ* vol. 318, 6, 1999.
12. Williams, A. "Medicina, economía, ética y el Servicio Nacional de Salud. ¿Un choque de culturas?" *Papeles de economía de la salud* No.76; 228-231, Londres, 1998.
13. Blech Jörg. *Los inventores de enfermedades: Cómo nos convierten en pacientes*, Editorial Destino. Barcelona 2005.
14. Beauchamp, Tom L. y James F Childress. *Principios de ética biomédica*. E. Masson, Barcelona 1998.
15. Gracia, Diego. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Editorial El búho, Bogotá, 1998.
16. Castaño, Ramón Abel *Medicina ética y reformas a la salud*. E. Cargraphics, Bogota, 1999.