

La medicina actual



Los grandes avances y los cambios de paradigma

Octavio Rivero Serrano* y Luis Armando Martínez*

Es evidente que la medicina actual tiene progresos indiscutibles: se han erradicado algunas enfermedades, se ha logrado establecer el tratamiento de otras que antes se consideraban incurables, se ha podido mantener la salud y controlar padecimientos crónicos, así como mejorar la calidad de vida de cientos de miles de seres humanos. Los estudios más profundos de algunas enfermedades han permitido conocerlas mejor y establecer medidas para prevenirlas; los recursos tecnológicos modernos para el diagnóstico y tratamiento son muchos más que los que el médico tenía hace 50 años. El resultado es que ha aumentado el promedio de vida, que en nuestro país hace 100 años estaba en alrededor de la cuarta década de la vida, y hoy se encuentra alrededor de la séptima década. La esperanza de vida al nacer también ha aumentado en forma considerable. La medicina preventiva ha logrado que disminuya notablemente la mortalidad materna y la infantil.

Estos logros se deben a diversos factores: un mejor conocimiento de la historia natural de las enfermedades, la aplicación de grandes adelantos científicos en ciencias básicas como la bioquímica, la biología molecular, la farmacología y la genética... Ha habido increíbles progresos en la tecnología médica para el diagnóstico y tratamiento de las enfer-

medades, y aunque limitados aún, se ha avanzado respecto a los recursos de medicina preventiva y de educación para la salud.

En las regiones donde existen buenas condiciones socioeconómicas, es evidente que éstas son, sin duda, un factor en la mejoría de la salud de sus habitantes, pero aún si consideramos que en nuestro país hay grandes áreas donde aún es lacerante la pobreza, los adelantos de la medicina actual han mejorado los índices de morbilidad y mortalidad en estos lugares.

Es evidente que el resultado de los cambios en la medicina de las últimas décadas es muy positivo.

DE LAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS A LAS CRÓNICO DEGENERATIVAS

En el análisis de lo sucedido, debe observarse que algunos cambios, sobre todo los encontrados a finales del siglo pasado, pueden estar fuertemente influenciados por el fenómeno de la globalización, que ha impuesto al mexicano común estilos de vida distintos a los que tenía a principios de siglo.

*Seminario Medicina y Salud. Facultad de Medicina. UNAM.

Defunciones registradas por sexo y tasa bruta de mortalidad en México (1922-2008)

Año	Total	Hombres	Mujeres	Tasa bruta de mortalidad ¹
1922	364,832	187,026	177,806	25.3
1930	441,717	226,103	215,614	26.7
1940	458,906	236,758	222,148	23.4
1950	418,430	219,160	199,270	16.2
1960	402,545	212,526	190,019	11.5
1970	485,658	260,826	224,830	10.1
1980 ²	434,465	247,618	184,929	6.3
1986 ²	400,079	224,138	172,423	5.0
1987 ²	400,280	224,878	173,192	4.9
1990 ²	422,803	239,040	182,696	5.6
1992 ²	409,814	233,999	175,428	5.2
1994 ²	419,074	237,772	181,136	5.1
1998 ²	444,665	249,030	195,460	4.8
2000 ²	437,667	244,302	193,253	4.9
2003 ²	472,140	261,680	210,096	4.8
2005 ²	495,240	273,126	221,968	4.8
2007 ²	514,420	284,910	229,336	4.8
2008 ²	539,530	300,837	238,523	4.9

La morbilidad y la mortalidad del mexicano de principios del siglo XX se debía principalmente a enfermedades ocasionadas por agentes externos o microorganismos infecciosos: bacterias o virus, desnutrición crónica, alcoholismo. La mortalidad infantil era elevada y las complicaciones en el parto ocasionaban muchas muertes.

En el transcurso de la segunda mitad del siglo XX, sin que hayan desaparecido las causas de morbilidad y mortalidad de principios del siglo en las regiones más pobres del país, aún en ellas, hubo una disminución de la mortalidad infantil gracias a los programas de vacunación de ese tiempo. En ese período hubo una transición epidemiológica: aparecieron nuevas causas de enfermedad, debidas en parte al crecimiento en el promedio de vida, pero sobre todo al cambio de costumbres.

Además del aumento en la esperanza de vida media del mexicano, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los diversos tipos de artritis, se deben en gran parte a cambios en su dieta: se volvió más consumidor de hidratos de carbono –tenemos el primer lugar como consumidores de refrescos en el mundo–, el sedentarismo

debido al uso de 2 pantallas que aparecieron en los últimos lustros –la de la computadora y la de la televisión– y los cambios en la vida urbana. Todavía hace cincuenta años los habitantes de las ciudades mexicanas acostumbraban caminar por la ciudad, pero hoy, temerosos de la inseguridad, se trasladan en vehículo aun en trayectos cortos.

Ha aumentado su frecuencia de los diversos tipos de cáncer, los de mama y útero en la mujer, y los de vías respiratorias debidos al tabaquismo en hombres. Entre las 10 primeras causas de muerte ya no aparecen las neumonías ni la tuberculosis y aparecen otras, como puede observarse en las tablas presentadas.

También en esta segunda mitad del siglo aparecieron nuevas y peligrosas enfermedades, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), y otras aumentaron su gravedad, como la tuberculosis, que se volvió una enfermedad difícil de tratar por la resistencia a los antibióticos, que a mediados del siglo prometían un tratamiento seguro de ella. Al parecer los virus han sustituido, en parte, a las bacterias, y el problema con éstas últimas en general es la aparición de resistencias a los antibióticos,

Fuentes:

- INEGI, Estadísticas históricas de México, tomo I, México. 1985.
- INEGI, Dirección General de Estadística, cinta magnética. 1986, 1987.
- CONAPO. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. www.conapo.gob.mx (11 de enero de 2010).

¹Tasa: total de defunciones en el año × 1,000 habitantes. Población total.

²El total de defunciones considera sexo no especificado.

que de alguna forma –como muchos otros medicamentos– se utilizan sin control médico.

AVANCES EN LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico de las enfermedades, un médico de principios del siglo XX contaba con un elemento fundamental: la entrevista con el paciente. Esta peculiar relación en que el paciente confiaba al médico sus males y sus temores y el galeno trataba de conocer la enfermedad al valorar los síntomas que aquel le relataba, generaba una comprensión de la enfermedad que el médico completaba con un acucioso procedimiento de exploración física del paciente, que se centraba principalmente en la región del organismo que parecía afectada por la enfermedad, pero que no se limitaba a ella. Se decía, y con razón, que el buen médico era el que dedicaba más tiempo a conocer sobre las molestias relatadas por el paciente y el que le exploraba más ampliamente.

El médico de principios de siglo contaba con un número limitado de análisis de laboratorio y estudios radiológicos sencillos para utilizarlos como auxiliares al establecer diagnóstico.

En la actualidad los recursos de diagnóstico han aumentado considerablemente. Los exámenes de laboratorio con que hoy se pueden explorar constantes químicas, hormonales, celulares del organismo, se cuentan por cientos, con modalidades tan modernas como obtener en forma constante valores de estos elementos. Los métodos de gabinete auxiliares en la exploración del paciente, que comenzaron con la radiología, hoy ofrecen métodos como la tomografía axial computarizada en diversas versiones, la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones (PET); con estos métodos se pueden explorar los tejidos de un ser humano como en una vivisección. Éste último método aumenta las posibilidades de diagnóstico.

En la exploración con endoscopia hoy es posible explorar prácticamente todas las cavidades del ser humano, con endoscopios flexibles, de fibra óptica, que convierten a estas exploraciones en auxiliares de gran valor y de precisión sin las molestias que ocasionaba la endoscopia con instrumentos rígidos.

Veinte causas principales de mortalidad general en México (1922)

Causa ¹	Defunciones	Tasa ²
Total	364,832	2,545.08
Neumonías	33,744	235.40
Enfermedades no especificadas o mal definidas	30,609	213.53
Diarrea o enteritis	25,765	179.74
Fiebre y caquexia palúdicas	25,035	174.65
Otras afecciones del aparato respiratorio (excepto otitis)	14,475	100.98
Tos ferina	14,383	100.34
Otras enfermedades epidémicas	12,693	88.55
Viruela	11,966	83.48
Debilidad congénita, vicios de conformación	10,220	71.30
Tuberculosis del aparato respiratorio	9,856	68.76
Muertes violentas (excepto suicidios)	9,262	64.61
Gripa	7,254	50.60
Bronquitis aguda	7,219	50.36
Fiebre tifoidea, tifo abdominal o paratifoidea	4,792	33.43
Enfermedades del corazón	3,894	27.16
Otras afecciones puerperales del embarazo y del parto	3,224	22.49
Hemorragia, apoplejía o reblandecimiento del cerebro	2,845	19.85
Sarampión	2,164	15.10
Meningitis	2,063	14.39
Otras enfermedades	61,889	431.74
Las demás	71,480	498.65

Fuente: SSA, Centro Histórico, tabulado manual.

¹De acuerdo con la 3^a revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE).

²Tasa ×100,000 habitantes.

En el tratamiento de las enfermedades son un gran cambio los grandes avances en la terapéutica con medicamentos y los avances con técnicas de cirugía, que mediante el empleo de instrumentos endoscópicos han logrado cirugías de recuperación sencilla y con menor morbilidad.

Todos estos avances, apenas esbozados, son tan grandes y complejos que podría escribirse un libro sólo para mencionarlos a todos. La medicina de hoy sería gloriosa si no se hubieran insertado en ella algunos elementos perturbadores.

Principales causas de mortalidad general en México (2008)

Orden	Clave CIE 10 ^a rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ¹	Porcentaje (%)
	AOO-Y98	Total	538,288	504.6	100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	75,572	70.8	14.0
2	120-125	Enfermedades isquémicas del corazón	59,579	55.8	11.1
3	160-169	Enfermedad cerebrovascular	30,212	28.3	5.6
4	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28,422	26.6	5.3
5	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20,565	19.3	3.8
6	2/	Accidentes en vehículo de motor	16,882	15.8	3.1
7	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	15,694	14.7	2.9
8	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	15,096	14.2	2.8
9	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14,767	13.8	2.7
10	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	13,900	13.0	2.6
11	N00-N19	Nefritis y nefrosis	12,592	11.8	2.3
12	E40-E46	Desnutrición calórica protéica	8,310	7.8	1.5
13	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6,697	6.3	1.2
14	C16	Tumor maligno del estómago	5,509	5.2	1.0
15	B20-B24	VIH/sida	5,183	4.9	1.0
16	C61	Tumor maligno de la próstata	5,148	4.8	1.0
17	C22	Tumor maligno del hígado	5,037	4.7	0.9
18	C50	Tumor maligno de la mama	4,840	4.5	0.9
19	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4,668	4.4	0.9
20	C53	Tumor maligno del cuello del útero	4,031	3.8	0.7
	R00-R99	Causas mal definidas	10,514	9.9	2.0
		Las demás	175,070	164.1	32.5

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS, de las Proyecciones de la Población de México 2005-2050, y proyección retrospectiva 1990-2004, CONAPO 2006.

¹Tasa por 100,000 habitantes. Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero

2V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0.-3),

Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD del 165.

CAMBIOS EN EL PARADIGMA

Hay 2 aspectos completamente diferentes en estos cambios. Uno de ellos altamente positivo, y otro que significa un problema que puede invalidar en cierto modo los grandes adelantos mencionados.

El cambio positivo se refiere al avance de una medicina organizada para el tratamiento individual de los pacientes, hacia una medicina social, que intenta organizarla en beneficio de la colectividad, es decir la medicina organizada para atender a todos los habitantes de un país o de un grupo.

El cambio negativo del paradigma de la medicina es la conversión de una profesión eminentemente humanística y de beneficio social, que durante siglos se ha encaminado sólo a tratar de beneficiar al paciente, a una medicina concebida como una industria, en donde el elemento perturbador es que además debe buscar el beneficio de los inversionistas que han creado esta industria.

En el cambio positivo, el de la medicina social, para organizar la atención de grupos, hay también diferencias: unos países la han desarrollado a través

En el transcurso de la segunda mitad del siglo XX hubo una disminución de la mortalidad infantil gracias a los programas de vacunación de ese tiempo. En ese período hubo una transición epidemiológica: aparecieron nuevas causas de enfermedad, debidas en parte al crecimiento en el promedio de vida, pero sobre todo al cambio de costumbres.

de grandes instituciones públicas, organizadas por el Estado para la atención de sus habitantes. Este fue el sentido de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en México a mediados del siglo XX; congruente con esta decisión, el país debió extender esta cobertura a todos sus habitantes en el transcurso de la segunda mitad del siglo XX, si no como seguridad social, al menos como extensión de la cobertura en atención a la salud. No sucedió así.

Otros países, entre ellos Estados Unidos de Norteamérica, decidieron ofrecer la atención a la salud de sus habitantes a través de seguros médicos privados, ya sea sostenidos en parte por el Estado, o por los empleadores, o por los mismos ciudadanos. Esta decisión no sólo ha convertido a la medicina en una gran industria en ese país, también es la responsable del cambio negativo en el paradigma, con muchas consecuencias que han deteriorado el ejercicio de la medicina y que la han convertido en la más costosa del mundo, y no en la de mejor calidad.

De alguna forma, algunos de los grandes avances en la medicina han propiciado su conversión a una industria. Los recursos para el diagnóstico y tratamiento son tan numerosos y complejos, que no ha sido posible el que sólo los médicos organicen los centros de atención. Esta situación ha despertado el interés de inversionistas, que en forma natural buscan el rendimiento de sus inversiones; esto hace que el fin único de la medicina, que es el bien del paciente, ahora deba compartirse con la productividad de la inversión, es decir, el bien de los inversionistas.



Brian Hoskins

Si sólo en Estados Unidos se diera este cambio negativo, no sería motivo de nuestra preocupación. Lo que sucede es que como la medicina se ha organizado como una industria, se tiende a exportarla y en parte es responsable de que en nuestro medio se den, afortunadamente aislados, algunos de los hechos que constituyen este cambio.

Esto ha cambiado el paradigma de la medicina: de ser una profesión eminentemente de beneficio social, que lo hace todo sólo para el bien de los enfermos, y que con los grandes adelantos científicos y tecnológicos que hoy tiene lo podría hacer mejor, ahora, con el cambio de profesión a industria (que en parte nulifica los grandes avances), estos adelantos se limitan a estratos privilegiados de la sociedad.

Este análisis del cambio pretende señalar los peligros que han aparecido en el ejercicio de la medicina que se ejerce en Estados Unidos; es muy importante dejar sentado sin regateos que los logros antes señalados, en conocimientos y en tecnología médica, también proceden de esta medicina; sin embargo los problemas que se analizarán, también surgen de esa medicina, no en la nuestra, que en su mayor parte permanece fiel a los postulados, al paradigma de una medicina humanitaria, que aprovecha los grandes adelantos en ciencia y tecnología de la medicina estadounidense y europea, pero conserva su perfil de servicio social. Como algunas áreas de nuestra medicina copian el perfil de la de el país del norte, vale este análisis preventivo a su crecimiento.



Los recursos de diagnóstico han aumentado considerablemente. Los exámenes de laboratorio con que se pueden explorar constantes químicas, hormonales, celulares del organismo, se cuentan por cientos.

El cambio positivo en la medicina institucional, ocurre en nuestro medio, en la provista por el Estado, en diversos subsistemas de seguridad social y atención a la salud; en cambio, los aspectos negativos están presentes en otro sector de nuestra medicina, la que ofrecen grupos corporativos, ya sea en forma de grandes instituciones de atención médica privada o compañías que ofrecen seguros privados de atención a la salud y que de alguna forma son copia de los esquemas de atención que existen en Estados Unidos y reproducen aspectos negativos como son cierta deshumanización del acto médico, su alto costo y el evidente cambio que implica una medicina organizada con las reglas de un negocio.

La medicina mexicana disfruta de una estructura más sana, sin embargo es interesante estudiar los reportes críticos que están apareciendo en Estados Unidos, como una reacción ya insistente en la necesidad de un cambio tendiente al regreso de una medicina con los valores tradicionales. Después de la lectura de libros que han tratado el problema de la medicina en Estados Unidos,¹⁻³ he estado empeñado en buscar más artículos que se refieran a lo que sucede en ese país. Hay abundante bibliografía sobre el tema.

Trataré de relacionar las críticas que he encon-

trado con situaciones que conozco de algunas áreas de nuestra medicina.

EL CAMBIO DEL PARADIGMA

La medicina actual en Estados Unidos, se encuentra en medio del fuego cruzado de los intereses económicos de la medicina convertida en industria.¹ En nuestro medio, al no existir una cobertura universal de condiciones que inviten por su nivel a todos a atenderse en ella, se ha abierto la puerta a los grandes inversionistas que al construir una industria médica semejante, ya sea en grandes centros de atención privada o en compañías de seguros que ofrecen seguros privados, en ambos casos constituyen corporaciones que de alguna forma buscan como una finalidad natural: la productividad de sus inversiones. En ellas el único fin no es el bien del paciente, como tradicionalmente lo ha sido en el acto médico.

La industria de la medicina privilegia el considerar reddituable la inversión en ella.

La comercialización de la medicina ha convertido a ésta, en la cuna de múltiples conflictos de interés. Hay siempre una contradicción entre una estructura para hacer dinero, con otra para hacer el bien.¹

En la medicina actual se pueden reconocer los siguientes conflictos de interés: *a)* pagar y recibir comisiones por referir enfermos, *b)* recibir alguna compensación por recetar ciertos medicamentos, *c)* recibir alguna compensación por utilizar determinados gabinetes y laboratorios, *d)* recibir regalos de la industria farmacéutica, *e)* recibir privilegios por tener “productividad” en hospitales privados, *f)* recibir compensaciones de compañías de seguros privadas por limitar los servicios a los asegurados.

La industria de la medicina convierte a ésta en un producto de mercado. De ahí deriva el uso excesivo de tecnologías médicas y la sustitución de la medicina general por la especializada, que debería restringirse sólo para los casos en que ésta se justifique. En Estados Unidos está documentada la utilización de demasiados recursos tecnológicos con fines comerciales.¹ En México, hay áreas geográficas tanto del país como de las ciudades, aún en la medicina institucional, en que no existe una medicina general bien organizada. En nuestro medio,

con recursos financieros limitados para la atención a la salud, la inversión en un sistema de medicina general sería de mayor costo-beneficio. En las instituciones de atención a la salud, con excepción de una de ellas (el IMSS) no se ha pensado en crear un sistema de calidad de medicina general. En los grandes consorcios de medicina privada no existe la medicina general, se privilegia y se educa al público para emplear aun para dolencias sencillas los grandes recursos tecnológicos de la medicina del especialista.

Los grupos privados de atención a la salud, como corporativos, crecieron en Estados Unidos 100 veces entre 1965 y 1990. Un solo corporativo médico, el Hospital Corporation of America (HCA), con 190 hospitales ganó 23,000 millones de dólares en 2005. En declaraciones de su presidente, es tan absurdo proponer salud para todos, como si los restaurantes tuvieran que dar de comer a todos los que quisieran comer.⁴

Los tratados de libre comercio de Estados Unidos con otros países tienden a exportar hospitales, compañías de seguros médicos, laboratorios y gabinetes, y subsidiarias de la industria farmacéutica. El problema se complica al considerar el crecimiento continuo de nuevas tecnologías, que en ocasiones se utilizan en forma innecesaria, lo que incrementa el costo de los tratamientos en forma innecesaria.

El aumento en la esperanza de vida promedio, ocasiona que muchos nuevos pacientes deban seguir tratamientos que deben efectuarse de por vida; el interés de obtener ganancias por tiempo ilimitado de los productores de recursos para la atención de estas enfermedades, ha propiciado el surgimiento de medicamentos y otros recursos para la atención de la salud que ocasionan costos elevados y en ocasiones se obtienen tratamientos que no curan pero mantienen vivo al paciente, sin embargo, en muchos casos prolongan una vida con poca calidad y sólo retrasan la muerte.⁵

El acceso a los servicios y a los elementos de diagnóstico y tratamiento se ve influenciado por la propaganda que se realiza directamente al público, en televisión, en revistas y en Internet, en todos estos medios se promueven tratamientos de discutible eficacia para diversas enfermedades, como la

obesidad, la artritis, las varices y muchas otras. En Internet se publicitan cirugías de columna, para estrechez del canal, ¡con la promesa de recuperación en tres días!, además de muchos otros recursos de dudosa eficacia.

La medicina corporativa es directamente responsable –tanto la pública como la privada– del deterioro de la relación médico-paciente, que es sin duda una pérdida muy sensible para el ejercicio ético de la medicina. Tanto en un caso como en otro, el médico debe atender un mayor número de pacientes de aquellos que le permitirían realizar una entrevista con el tiempo suficiente para establecer una buena relación con cada paciente.

Este es un mal mundial; en Estados Unidos, los médicos de las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) que reciben inicialmente al enfermo, dedican entre 12 y 15 minutos a cada paciente y si a éste le aquejan varios males, sólo prestan atención a uno de ellos, y le piden que regrese a otra consulta para tratar su otro problema de salud.⁶ Hay reportes de medicinas corporativas en Asia donde existe esta restricción de tiempo dedicado al paciente.

En nuestro medio, la consulta en las instituciones de seguridad social no sólo es breve; en ocasiones la cita que el paciente logra para ser atendido es para una fecha tan posterior al momento en que el padecimiento ya se ha resuelto o complicado, lo que significa en este caso un gasto mayor a la institución, al tener que atender el problema con una medicina más costosa. Muchos casos atendidos en tercer nivel en esas instituciones son problemas que debieron ser resueltos en forma más sencilla y menos costosa por una medicina general de calidad.

Otro motivo de deterioro, en los casos de la medicina corporativa privada, es la participación de terceros pagadores en el acto médico (por la burocracia), los subterfugios que utilizan para cumplir sus obligaciones de pago, tanto al médico como al paciente. En Estados Unidos se cuentan por centenas de miles las reclamaciones por estas deficiencias.

Hasta 1950 los ingresos de un médico en el ejercicio de su profesión, dependían de su capacidad y prestigio para ejercerla. En la actualidad, la mayoría de ellos son empleados de un corporativo público, de una compañía de seguros o de un

corporativo de atención privada que establece sus reglas. En todos estos casos los responsables corporativos buscan el interés económico, no el bien del paciente como único fin.

Derivado de esto, la ideología de la medicina ha sido sustituida por una ideología de mercado, y sin embargo no goza de la información que existe para otros mercados como el de los automóviles o las televisiones, mercados en que el público tiene amplia información para escoger lo que desea, el precio del objeto incluido, cosa que no existe en la medicina como insumo de mercado.

No hay suficiente información referente a la utilidad de la medicina general, no obstante que los países que tienen bien estructurado el primer nivel de atención, tienen el mejor nivel de calidad. Los pacientes no tienen suficiente información de las cualidades y ventajas que pueden ofrecerle diversos tipos de atención especializada; no conocen las diferencias de calidad de los centros con alto nivel académico, de aquellos otros organizados sólo con fines de un lograr negocio productivo. Evidente esto es en Estados Unidos, por ejemplo, la diferencia de calidad que existe en los centros de diálisis de origen institucional, de aquellos otros organizados con fines comerciales.^{7,8}

El costo de la atención médica en Estados Unidos ha crecido 3 veces más que el crecimiento del índice general; 216 trillones en 2006, esto es el doble del gasto de otros países que tienen una medicina con mejores índices de calidad.⁹ Hay que recordar el estudio realizado por la Academia de Ciencias de Nueva York, que señaló el alto índice de mortalidad en hospitales de ese sitio, achacándolo a deficiencias del sistema de atención.¹⁰

El aumento en los costos se debe, en parte, al sobreuso de recursos tecnológicos, utilizados con el fin de obtener ganancias. En 2002, el 40% de los bypass y angioplastías fueron de dudosa indicación, y ni que decir de algunos procedimientos quirúrgicos para problemas de columna vertebral.¹¹

La privatización del Medicare ha sido más costosa e ineficiente.

La asociación entre medicina y salud pública dio sus mejores frutos a la mitad del siglo XX, cuando se pudo controlar la tuberculosis, las infecciones,

las diarreas y la tifoidea. Los tratamientos actuales se dirigen al control de la hipertensión, la hipercolesterolemia, la enfermedad coronaria, la diabetes, los diversos tipos de artritis. La industria produce tratamientos para estos males, que son los que resultan "productivos", ya que los utiliza el grupo de población con mejor ingreso, y los debe utilizar de porvida.

Por otra parte, invertir en la industria farmacéutica es lo más redituable en ese país, y lo mismo sucede en los países donde esta industria tiene representantes. En los últimos años, gracias a la política de precios altos sin un control (como existe en algunos países), año con año aumentan sus ganancias.

Otro segmento de la industria de la medicina es la que produce implementos tecnológicos para la atención de diversas enfermedades. Sin duda son recursos útiles, que han ofrecido diagnósticos y tratamientos novedosos, pero de los cuales se abusa gracias a la propaganda directa al público. El 85% de los centros de diálisis en Estados Unidos tiene la estructura de un negocio y funciona con menor calidad que los servicios públicos. Ahí la mayoría de las casas de salud para la atención de ancianos se abre con la mira de un negocio y con baja calidad en la atención.

En el sistema de salud actual en Estados Unidos, los pacientes son explotados por una medicina que aumenta de costo incesantemente. Un estudio demostró que la burocracia administrativa del sistema de salud privada en ese país, en los diversos tipos de compañías que ofrecen seguros médicos, consume el 31% de cada dólar invertido, dinero que debería dedicarse a la atención médica de sus asegurados. Un reporte menciona que una sola HMO en un estado tuvo 2,000 millones de dólares de ganancias en un año.^{12,13} Algunos tipos de pólizas de seguro llevan a muchas familias a la insolvencia, con el resultado de que 46 millones de habitantes de ese país no tienen acceso a servicios médicos.

Geyman¹ reflexiona sobre ¿cuáles son las fuerzas que han ocasionado la ruptura de los servicios de salud?, y cree que el mercado como concepto es una fuerza avasalladora. Bigelow¹⁴ señala que el mercado libre no promueve el bien público sino



Russell Weller

De alguna forma, algunos de los grandes avances en la medicina han propiciado su conversión a una industria. Los recursos para el diagnóstico y tratamiento son tan numerosos y complejos, que no ha sido posible el que sólo los médicos organicen los centros de atención. Esta situación ha despertado el interés de inversionistas, que en forma natural buscan el rendimiento de sus inversiones; esto hace que el fin único de la medicina, que es el bien del paciente, ahora deba compartirse con la productividad de la inversión, es decir, el bien de los inversionistas.

los intereses de grupo. Es evidente que las HMO son una solución más costosa que el Medicare, y éste debería ser ofrecido a todos los ciudadanos de ese país como el mecanismo más sencillo y eficiente de extensión de cobertura universal.¹⁵

Según Elliot Friedson, profesor emérito de la New York University,¹⁶ los intereses corporativos han emergido en todas las áreas de la medicina. La industria de la medicina ha seducido no sólo a médicos sino instituciones académicas. La aparición de conflictos de interés en los médicos es difícil de medir... pero existe. La corporización de la medicina ha producido una crisis moral y ética. La relación médico-paciente se ha visto seriamente dañada, la

libertad del médico ha sido alterada drásticamente, se ha destruido el profesionalismo y se ha reducido al médico a ser un “técnico” en medicina.

Hasta 1960 los médicos eran responsables de la organización de la medicina. Hoy la manejan grandes corporativos organizados como negocio –las compañías de seguros médicos, grandes corporativos públicos, sindicatos– y los médicos, de alguna forma, son empleados de ellos y sujetos a sus decisiones en la forma de organizarse.

Por intereses comerciales se ha devaluado la atención primaria, la del médico general, y se ha privilegiado la del especialista que utiliza en su ejercicio muchos más recursos tecnológicos.

La actual organización de la medicina y la tendencia a ejercer sólo especialidades productivas han ocasionado la frustración de verdaderas vocaciones de servicio.

En 1992, el Hastings Center reunió el pensamiento de 14 países sobre la situación actual y el futuro de la medicina, y produjo un documento: “The Goals of Medicine, Setting New Priorities”.¹⁷ En él se mencionaron los siguientes puntos: el crecimiento tecnológico es muy grande y costoso; hay que utilizarlo con prudencia, que promueva una medicina más igualitaria; mejor prevención de la enfermedad; atención al dolor causado por la enfermedad; curar a quien sea posible y cuidar a los incurables; lograr una medicina honorable que dirijan los médicos; lograr un ejercicio médico prudente, sustentable, socialmente sensitivo, justo y equitativo, que respete los derechos humanos y la dignidad del paciente.

El sistema de una medicina de mercado desresponsabiliza al Estado, hace perder valores ancestrales de la medicina y cambia la filantropía por intereses de empresarios, deteriora la calidad de la atención, incrementa la distancia entre ricos y pobres, la hace más costosa más costosa por intereses de empresarios, incrementa el uso de la tecnología en vez de la clínica, olvida la importancia de la prevención y pervierte los valores al convertir la medicina en una mercancía.

Después de lo relatado, se puede uno preguntar ¿a quién sirve la actual estructura de la medicina, a los enfermos o a los inversionistas?¹⁷

LOS SEGUROS MÉDICOS

En Estados Unidos las 1,300 compañías de seguros médicos representan un negocio de 300,000 millones de dólares anuales, y son ellas mismas las que niegan el aseguramiento a viejos o enfermos, y que con frecuencia niegan la atención médica a la que sus asegurados tendrían derecho; en ese país cada año hay 250,000 reclamaciones a HMO por incumplimiento, y son el mejor ejemplo de los recursos desviados hacia excesos administrativos, recursos que deberían servir a los asegurados.^{18,19}

Los seguros médicos institucionales son mejores que los seguros médicos privados. En México, aún con las críticas que se realizan relacionadas con la calidad y problemas de acceso a la atención en instituciones como el IMSS o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) por la burocracia administrativa que hay que vencer para lograr ser atendido, es sin duda una inversión más rentable. Los recursos descontados al trabajador por estar adscrito a una de estas instituciones –para el cuidado de su salud– le proporcionan el derecho a una atención completa, y en proporción recibe mucho más en servicios médicos y salud que si invirtiera ese dinero en un seguro privado. En estas instituciones el asegurado no tiene dificultades para serlo, ni por edad, ni por enfermedades persistentes, y al enfermar, su situación de asegurado persiste, aunque la enfermedad por la que se le atiende en la institución sea de alto costo y de tiempo prolongado.

Los seguros médicos privados tienen numerosas y diversas limitaciones: para ingresar es fácil si se es joven y sano, muy difícil y muy costoso si se pertenece a la tercera edad. Y si la aseguradora al hacer el examen médico –requisito indispensable que uno de sus médicos realiza al candidato a asegurarse– encuentra algún dato que le haga sospechar de una enfermedad persistente, será raro que acepten asegurarlo, con lo que lo excluyen no sólo de la atención a su supuesta enfermedad, sino también de aquellas que a largo plazo pudieran ser consecuencia de la misma. Las aseguradoras con frecuencia encuentran explicaciones o motivos para rehuir sus obligaciones, dentro de los que destacan: padecimientos congénitos, la obligación de dejar trans-

currir un periodo de espera para ser amparados, enfermedades preexistentes, hasta causas como la falta de desglose o el estado de cuenta de facturas, gastos que no exceden el deducible contratado o beneficios que exceden lo contratado por la póliza (terapia física, prótesis, consultas intrahospitalarias e incluso maternidad).

En ocasiones, después de que un paciente se realice estudios a causa de una supuesta enfermedad o accidente, si los resultados son negativos, la aseguradora se niega a pagar el costo de los exámenes aduciendo que fueron realizados como un “chequeo” de salud. Una de las limitaciones más graves que sufre un asegurado, es que debe renovar su póliza de seguro en forma anual; si unos meses antes de la renovación la persona sufre un padecimiento grave, la aseguradora acepta la siguiente renovación, pero excluyendo ese padecimiento o enfermedades que puedan derivar del mismo, o en todo caso la renovación supone una prima más elevada.

Una variedad de seguro privado es aquel en que el paciente acepta ser atendido por un grupo de médicos que son empleados de la aseguradora; ahí las limitaciones son las instrucciones que se dan a estos médicos empleados de que deben restringir el uso de medicamentos costosos, hacer el mínimo de exámenes de laboratorio y gabinete, y evitar internamiento en hospitales. En este último caso el aseguramiento no sólo es limitado sino que se ocasiona un conflicto de intereses, ya que la aseguradora no vela por el bienestar del paciente y la conservación de su salud, sino por los intereses comerciales de la misma. Es la figura conocida como médico *gate keeper*, es decir la función del portero en un equipo de fútbol cuya función es parar los goles.

En el año de 2004 Tanimoto y yo realizamos una encuesta cuyo resultado fue publicado en la Gaceta Médica de México,²⁰ relativo a la experiencia de médicos en 3 ciudades de la República y su relación con compañías de seguros en México. En la encuesta fue claro cómo ellos relataban que el estipendio por sus servicios representaba no sólo una mínima parte de sus honorarios habituales, sino también las dificultades para aceptar la realización del servicio médico y la tardanza en los pagos.

La industria de la medicina convierte a ésta en un producto de mercado. De ahí deriva el uso excesivo de tecnologías médicas y la sustitución de la medicina general por la especializada, que debería restringirse sólo para los casos en que ésta se justifique.



Fernando Audibert

EL ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Para obtener un acceso universal a la salud es necesario impulsar la medicina del médico general. En el congreso realizado por el Seminario Medicina y Salud en el año de 2009,²² fue evidente que los países que habían logrado una cobertura universal eran aquellos que habían organizado un buen sistema de medicina general como Inglaterra, Canadá o España, aunque estos no son los únicos países europeos que cuentan con un buen sistema de medicina general, en contraste con los estadounidenses, que han privilegiado la medicina de los especialistas. En todo caso, las 2 formas de ejercicio son indispensables, sólo que la compleja medicina del especialista, con el uso de recursos tecnológicos costosos y quizás algunos de ellos de cierto riesgo, se justifican sólo para los padecimientos complejos o graves que según la Organización Mundial de la Salud no llegan a ser ni 20% de los padecimientos que sufre la población.

Estos 2 sistemas deben organizarse en una adecuada proporción a estas necesidades. El sistema de salud de un país debe descansar en un 80% de médicos generales con una sólida preparación. Y los recursos presupuestales, las instalaciones, la preparación de los médicos, los elementos de diagnóstico y tratamiento deben ajustarse a esta proporción.

En México la medicina institucional –y aún la privada– se encuentra en una proporción inversa a la ideal. Esto ocasiona no sólo un gasto mayor que el necesario sino la devaluación del ejercicio del médico general. Sólo uno de los varios sistemas de sa-

lud organizados por el Estado en México (el IMSS) cuenta con un importante sistema de medicina general, y aún en éste el problema de la jubilación y la reposición de sus especialistas está ocasionando un problema mayor. Sin duda, sería menor el problema si el grupo de especialistas se ajustara a la menor proporción de los servicios que debe ofrecer. En otros sistemas de salud en México el predominio de la medicina por especialistas ocasiona, no pocas veces, que después de construida una instalación de este nivel, permanezca sin funcionar por falta de los costosos equipos y la carencia de los especialistas necesarios

¿Cuáles son los beneficios de una buen sistema de medicina general?

1. Poder extender la cobertura de salud, aún en poblaciones pequeñas que no resistirían el gasto de una instalación de especialistas.
2. Lograr que la inversión en salud fuera de mejor costo beneficio.
3. Disminuir la necesidad de internamientos en hospitales.
4. Favorecer la clásica relación medico-paciente que en parte ha sido sustituida por la de equipos de diagnóstico-paciente.
5. Lograr con una medicina más sencilla resolver la mayoría de los casos de enfermedad.
6. Evitar o disminuir el alto costo de los tratamientos en centros especializados, que ahora tienen que atender casos que se resolverían con una buena medicina general.

7. Es esta forma de ejercicio médico la que es capaz de prevenir los grandes problemas de salud de hoy: la obesidad, la diabetes, cuando llegan al especialista, lo es ya en fases avanzadas.

¿Cuáles son las razones para explicar el desproporcionado número de especialistas y la devaluación del médico general?

La gran propaganda de medios especializados en el tratamiento de las enfermedades a la que el público es sometido a diario. El paciente se ha acostumbrado a buscar un especialista para cualquier molestia de salud.

La presión a nivel administrativo por construir grandes hospitales de tercer nivel.

El considerar que el médico general no está bien preparado, por suponer que ejerce sólo con los conocimientos de una licenciatura, en ocasiones de bajo nivel académico.

La falta de estructuras de preparación, semejante a donde se prepara el especialista, para preparar médicos generales con posgrado, como sucede en los países con buena medicina.

La falta de un sistema nacional de medicina general con médicos bien preparados, como amplia base del sistema de salud, al que se interesaran en pertenecer los egresados de las escuelas de medicina.

En resumen, los grandes adelantos científicos y tecnológicos han permitido una medicina más eficiente y capaz. Con estos grandes adelantos podría decirse que la medicina ha dado un salto gigantesco, quizá el más importante del siglo XX. Si no existiera el peligro de que la medicina, de ser una ciencia humanitaria y social, se convirtiera en una medicina de mercado, en la actualidad ésta sería –sin ninguna duda– uno de los grandes avances de la humanidad. Hay voces calificadas, precisamente donde ha surgido una medicina de mercado, que señalan la necesidad de devolver a la medicina sus valores tradicionales. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Geyman J. *The Corrosion of Medicine: Can the Profession Reclaim its Moral Legacy?* Common Courage Press; 2008.
2. Angell M. *The truth about the drug companies.* New York: Random House; 2004.
3. Abramson J. *Overdosed America, the broken promise of American medicine.* New York: Harper Perennial; 2005.
4. Scott R., citado por: Ginsberg C. *The patient as profit center: Hospital, Inc. comes to town.* The Nation. 1996;November 18:18-22.
5. Thomas L. *The lives of a cell. Notes of a biology watcher.* New York: Bantam Books; 1975.
6. Goldberg, RM. *What's happened to the healing process?* Wall Street Journal. 1997;June 18:pA22.
7. Devereaux PJ, Schunemann HI, Ravindran M, Bhandari M, Garg AX, Choi PT. *Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: A systematic review and meta-analysis.* JAMA. 2002;288:2449.
8. Garg RP, Frick KD, Diener-West, Power NR. *Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation.* New Eng J Med. 1999;341:1653.
9. Borger C, Smith S, Truffer C, Keehan S, Sisko A, et al. *Health spending projections through 2015: changes on the horizon.* Health Affairs Web Exclusive. 2006;February 22.
10. Wennberg JB, Fisher ES, Skinner JS. *Geography and the debate over Medicare reform.* Health Affairs Web Exclusive. 2002; February 13:W96-114.
11. Commonwealth Fund. *Quality of Health Care in the U.S.* New York: Chartbook, 2002
12. Freudenheim M. *Some concerns thrive on Medicaid patients.* The New York Times. 2003;February 19:C1.
13. Bush R. *Jury finds HMO bias in signing patients.* Ameri-group shunned pregnant women, high-risk patients. Chicago Tribune. 2006;October 31.
14. Bigelow G. *Let there be markets: the evangelical roots of markets.* Harper's Magazine. 2005;May:33-8.
15. King M, Schlesinger M (ed.). *Final Report of the Study Panel on Medicare and Markets-The role of Private Health Plans in Medicare: Lessons from the Past, Looking to the Future.* Washington, DC: National Academy of Social Insurance; September 2003.
16. Friedson EL. *Professionalism and institutional ethics.* In Baker RB, Caplan AL, Emanuel LL, Latham SR (eds). *The American Medical Ethics Revolution.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1999.
17. Callahan D. *Preface to Report, The Goals of Medicine: Setting New Priorities.* Hastings Center Report. November-December 1996.
18. Kleinke JD. *Oxymorons: The Myths of the U.S. Health Care System.* San Francisco: Jossey-Bass; 2001. p 192.
19. Rosenbaum S. *Managed care and patient's rights.* JAMA. 2003; 289:906-7.
20. Rivero SO, Tanimoto M, Paredes R. *Los Médicos Especialistas y el Problema de Honorarios y Seguros Médicos.* Gac Med Mex. 2003;139 (3):291-3.
21. Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud, 2009. Universidad Nacional Autónoma de México, Organización Panamericana de la Salud.