

Anales Médicos

Volumen 47
Volume

Número 1
Number




Enero-Marzo 2002
January-March

Artículo:




El médico ante la sociedad

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

Others sections in
this web site:

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)



El médico ante la sociedad

Francisco Javier Sámano Guerra*

A pesar de que la medicina moderna está basada en la ciencia, la medicina medieval era más respetada pues sus principios se fundamentaban en la ética

John Herman Randall,
The Making of a Modern Mind

Conforme la sociedad se mueve hacia una época sustentada en conocimientos, caracterizada por una gran riqueza en información, avances científicos, proliferación de la tecnología y una orientación corporativa, la profesión médica está siendo transformada. No obstante, hasta la fecha, el perfil de nuestra formación profesional continúa estructurado alrededor del conocimiento y aprendizaje de las destrezas indispensables de diagnóstico y tratamiento, cuyo objetivo fundamental sirva para ayudar al individuo a recuperar su salud y a prevenirle de enfermar, así como brindar el apoyo espiritual y moral que le permita, tanto a él como a sus seres queridos, transitar con optimismo y esperanza o resignación a través de su padecer.

Durante todo este tiempo, desde la fundación de nuestra profesión, dimos por hecho la relación entre los pacientes y nosotros como un acto de autonomía mutua, fortalecido por la confianza, resguardado por la ética profesional y cobijado por la calidez del trato humano; pero mientras nos ocupábamos de ello, descuidamos otros aspectos, permitiendo que a nuestras espaldas y a las de la sociedad se desarrollara un “monstruo corporativo”, hoy conocido como el complejo industrial y comercial de la medicina, cuyos intereses se cifran principalmente en el producto económico de la atención a la

salud.^{1,2} Éste se ha extendido de tal manera que hoy en día intervienen en su estructura:

- La industria farmacéutica,
- Las fábricas de equipos médicos,
- Las compañías constructoras,
- Las empresas de seguros,
- Las agencias de publicidad,
- Los bufetes jurídicos,
- Los despachos de contadores,
- Las asesorías administrativas,
- Los hospitales,
- Los laboratorios clínicos y
- Los gabinetes de diagnóstico

Los milagros de la medicina moderna, debido en gran parte al desarrollo tecnológico, así como a la insaciable avaricia de los intermediarios, cuestan caros. Esto la ha tornado en un mercado que resulta atractivo para los inversionistas, quienes a su vez la han transformado en un gran negocio.

En una época en la que se argumentan los límites de los recursos económicos, quienes pagan por la atención a la salud —los patrones, los gobiernos y las compañías aseguradoras— buscan estrategias para administrar los gastos, exaltando temas como la eficiencia y su relación con el costo. Otros hablan de la “medicina basada en la población” como el único modelo justificable, en donde la prioridad debe ser el grupo y no necesariamente el individuo. Generalmente quienes promueven este paradigma no son los pacientes; el enfermo y sus seres queridos sólo desean la mejor atención posible.^{3,4} Como consecuencia, el papel del paciente y su doctor, tradicionalmente los protagonistas centrales del acto médico, ha sido relegado a un plano no prioritario en donde las grandes decisiones los rebasan, éstas las están llevando a cabo los administradores y los empresarios. Los médicos, movidos por la ética de otorgar prioridad a los pacientes, nos encontramos atrapados en la mitad y obviamente descontentos.⁵

Buscando una fórmula para enfrentar este dilema, grupos de eruditos humanistas han propuesto volver la

* Secretario del Interior, Colegio Médico de México.

Recibido para publicación: 08/01/02. Aceptado para publicación: 12/03/02.

Dirección para correspondencia: Dr. Francisco Javier Sámano Guerra
Centro Médico ABC. Torre de Consultorios. Despacho 407
Sur 136 núm. 46, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.

mirada a las raíces que caracterizan el profesionalismo médico.⁶ La palabra profesión proviene del vocablo latino *professio*, que significa hacer una declaración pública, declaración que además implica la fuerza de una promesa. A eso se debe que las profesiones estén integradas por individuos que han declarado de manera pública que sus miembros actuarán de cierta manera y que tanto la propia agrupación como la sociedad podrán disciplinar a quien así no lo hiciera.⁷

A nuestra profesión le corresponde, primero, ser el custodio de un cúmulo de conocimientos que siendo en su origen intelectual se complementan con la experiencia de la práctica diaria, conocimientos y experiencias que deberán ser difundidos a las siguientes generaciones como parte del privilegio de ser sus maestros; en segundo lugar, para poder mantener su integridad, es preciso establecer estándares para la enseñanza, la licenciatura, el entrenamiento de posgrado y la certificación del mismo; a la profesión incumbe, finalmente, valorar el desempeño y el servicio que otorgamos por encima de la recompensa personal, este estilo de vida deberá ser transmitido a los alumnos y a todos los médicos jóvenes a través del comportamiento de cada uno de nosotros, con el ejemplo de todos los días, por tanto habremos de enseñarlo más aún que cualquiera de los procesos de la administración de la medicina. La esencia del profesionalismo debe residir en el autogobierno y en la rendición de cuentas por la conducta entre sus miembros, ya que de no hacerlo así nos arriesgamos a entregar su control en manos ajenas. Es por eso que, en beneficio de la sociedad a la que servimos, los médicos tenemos la obligación de actuar como nuestros propios "vigilantes".

En los Estados Unidos de Norteamérica, en el año de 1990, el Consejo de Medicina Interna incorporó otros valores a los componentes tradicionales que conforman la esencia de los conocimientos y destrezas clínicas, y que hoy se consideran parte del requisito necesario para acreditar la personalidad del médico.^{7,8} El eje del profesionalismo, afirman, debe consistir en todas aquellas actitudes y comportamiento que permitan mantener el interés del paciente por encima del interés personal del médico y debe por tanto incluir las siguientes cualidades:

- *Altruismo*: implica que el médico esté comprometido a actuar en el interés de los pacientes, por encima del suyo propio.
- *Rendición de cuentas*: significa que deberá responder ante los pacientes y la sociedad en temas que conciernen a la salud pública.
- *Excelencia*: a la cual se aspira con el compromiso a toda una vida de constante aprendizaje.

- *Representación de los intereses del paciente*: que tiene que ver con el deber fiduciario del médico hacia su paciente, ya que su relación está basada en la confianza.
- *Deber*: por el que se obliga a estar disponible y responder cuando se encuentre de guardia, aceptando el compromiso de servir a su profesión y a la comunidad.
- *Honor e integridad*: significan que el médico se compromete en su interacción con los pacientes y sus colegas a actuar con honestidad, franqueza y justicia.
- *Respeto hacia los demás*: demostrándolo a los pacientes y a sus familiares, así como a los otros colegas y miembros de su equipo de trabajo, incluyendo a las enfermeras, los médicos residentes, internos y estudiantes de medicina.

Todas ellas al ser adoptadas por los preceptores y maestros pasarán a formar parte integral de sus actitudes, comportamiento y destrezas en la atención a los pacientes. La excelencia técnica y las pericias clínicas son aspectos clave del profesionalismo médico, pero no son más importantes que las cualidades cruciales de integridad, honestidad, respeto, compasión, honor y altruismo. Para el buen funcionamiento de estos principios se requieren adicionalmente tres elementos fundamentales: 1) la devoción al servicio de la atención médica; 2) la profesión pública de sus valores; y 3) el equilibrio de los valores profesionales en relación con los de la sociedad. Junto con las actividades del sector privado, del público o del gobierno, el profesionalismo constituye la piedra angular de cualquier sociedad estable, a ello se debe que sea considerado como una fuerza estabilizadora y de protección moral en las sociedades. Sin embargo, debido a los cambios que se están generando en la atención a la salud es preciso tomar en cuenta algunos otros aspectos que han sido omitidos y que podrían complementar el esfuerzo de un profesionalismo que sea relevante para la práctica actual de la medicina, por ejemplo:^{9,10}

- Los colegios, las asociaciones y los consejos, debieran requerir del médico, más que recomendar, el servicio gratuito a los grupos más vulnerables de la población como uno de los requisitos para mantener su acreditación.
- Las asociaciones profesionales podrían formar alianzas entre ellas mismas y con grupos sociales para alcanzar metas que ninguno lograría por separado.
- El curriculum de enseñanza en las escuelas de medicina debiera incluir conferencias sobre profesio-

nalismo y proveer además de las destrezas diagnósticas y terapéuticas tan importantes, aquellas relacionadas con la representación y defensa de los intereses sanitarios de la comunidad.

- La profesión médica organizada debiese alentar y proteger entre sus propios miembros la conducta de la denuncia, para impedir la innecesaria y potencialmente nociva participación de individuos ajenos en la identificación y divulgación de los problemas.
- Las organizaciones profesionales podrían ser persuadidas a expandir su agenda de actividades para dedicar tiempo y recursos al cabildeo, participando en grupos de presión a los legisladores y a las autoridades, en representación de los intereses de los pacientes y los de la profesión médica. Habría que imaginar la respuesta del público si nosotros actuáramos en defensa de sus intereses, movidos por una amplia visión profesional, desinteresada pero preocupada por su bienestar.
- Las asociaciones, sociedades, colegios, facultades y escuelas, así como los hospitales de enseñanza, debieran de adoptar políticas que tiendan a minimizar la influencia de la industria farmacéutica y la de sus representantes.

De una manera u otra, el profesionalismo implica que el médico debe hacerse presente en las tareas políticas de la atención a la salud en México ya que, de no participar en estas actividades, nos estaremos arriesgando a ser convertidos en “mercaderes” carentes de alguna filosofía; no parece haber alternativa, o nos comportamos acorde con los principios de nuestra profesión, o pondremos en peligro el tradicional contrato social con el público. Sólo así podrá nuestra actividad merecer el respeto y la autonomía que la sociedad nos ha otorgado.¹¹

Del mismo modo, la participación del capital privado en la atención a la salud no tendría porque ser objetada por los integrantes de la profesión médica, en tanto y que ésta se llevase a cabo como un compromiso de solidaridad social, en armonía con los principios del profesionalismo médico y respetando los derechos de los pacientes. Sin embargo, para alcanzar esta meta —el complejo industrial y comercial de la medicina— más que una regulación, requeriría de una reestructuración que implique la rehabilitación de su finalidad real, en donde su objetivo principal no sea el de distribuir los beneficios más elevados a sus inversionistas, sino el de innovar, crear riquezas y ofrecer productos y servicios que la sociedad necesite.

No obstante, en fechas recientes en México, se reformó la Ley General de Instituciones y Mutualistas de Se-

guros con la intención de legalizar el establecimiento de las llamadas Instituciones de Seguros Especializadas en Servicios de Salud (ISESS), mismas que en otros países se han desarrollado mediante estrategias legales, pero perversas, bajo el amparo de leyes de carácter mercantil, con la meta de producir grandes dividendos a sus inversionistas, en detrimento de la salud de la sociedad, violando los derechos de los pacientes y vulnerando la relación entre el paciente y su médico, tradicionalmente basada en la confianza.¹²⁻¹⁶

Este modelo de atención a la salud conocido en su país de origen, los Estados Unidos de Norteamérica, como *Managed Care* (Medicina Administrada en México) es corporativo por su propia naturaleza, terminología y orientación; los valores corporativos se basan en ganancias, competencia y responsabilidad hacia los accionistas. Siendo todos ellos respetables en el mundo de los negocios, no constituyen los atributos de un médico; la ética profesional del médico incluye servicio, representación de los intereses del paciente, altruismo y humanismo como valores fundamentales. El foco de su ética está centrado en las necesidades de los enfermos y no en el acuerdo de negocios o en el contrato; el primer objetivo en el que basa su función debe ser en preservar la confianza del paciente, ya que ésta califica el principio fundamental de la relación entre ambos, no únicamente por su valor teórico intrínseco, sino porque se encuentra en el centro mismo del acto terapéutico. Al crear conflictos de interés, al comprometer la lealtad del médico con su paciente, estas empresas, destruyen la confianza vulnerando así la esencia de su relación.¹⁷

Los intentos para transformar el binomio paciente-médico en una relación de negocios, amenazan no únicamente al médico como profesionista, sino también al individuo como paciente. Esta es la real e intolerable amenaza por la que se ha desatado un movimiento para proteger los derechos del individuo enfermo. Con esta iniciativa se pretende, no solamente preservar la relación médico-paciente en general, sino que también se busca eliminar los conflictos de interés financiero, que son los más amenazantes para el vínculo entre ellos.¹⁸

La clave fundamental para comprender la importancia de los derechos del paciente en el modelo de atención a la salud conocido como medicina administrada, y sus variantes “tropicalizadas” que ya operan en varios países latinoamericanos, estriba en captar la finalidad de estos sistemas en transformar al paciente en un consumidor.¹⁹ Desde un punto de vista estricto, los individuos podrían ser identificados como consumidores de planes de atención a la salud, con la condición de que tuviesen la facultad de elegir una póliza, tomando en consideración no sólo el costo, sino la cobertura y la calidad de la

misma. Sin embargo, la selección de uno de estos planes de atención médica prepagada habitualmente la hace el patrón y no el empleado y, aun cuando no fuese el caso, la alternativa depende de la capacidad adquisitiva de cada sujeto, sin que éste pueda tomar en consideración la amplitud de cobertura ni tampoco la calidad.

Asimismo, también es fundamental distinguir que no es lo mismo ser un consumidor de un plan de salud, que ser un consumidor de atención a la salud. Prácticamente en cualquier circunstancia, es el paciente, el ser enfermo y vulnerable por su padecimiento o incapacidad y no el consumidor quien busca la ayuda del doctor. Por ello es que la relación entre el paciente y su médico —el que el paciente elija— es una relación en la que la confianza es parte esencial. A través de promover la protección a los derechos de los pacientes, se pretende cambiar el poder, no de los médicos y hospitales hacia los pacientes, sino de las compañías aseguradoras, de las ISESS y de las instituciones de atención a la salud hacia los pacientes y sus doctores, protagonistas centrales del acto médico. Si se logra promulgar una legislación al respecto, se estará protegiendo a todos los pacientes, no sólo a aquellos que sean miembros de un plan de salud.¹⁹

En México, los Derechos Humanos están protegidos por la Constitución Política, por la Ley General de Salud y por la adherencia de nuestro país a diversos instrumentos internacionales, de los cuales el más conocido es la Declaración Universal de Derechos Humanos, emitida por la Organización de las Naciones Unidas en 1948. Los derechos del paciente han sido expresados en diversos documentos; el más difundido es el que fue adoptado por la 34ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial en la ciudad de Lisboa en Portugal en el año de 1981, conocida por ello como la “Declaración de Lisboa”. Estos derechos han sido recientemente enmendados a la luz de los principios de bioética en el año de 1995 durante la Asamblea Anual de la Asociación Médica Mundial realizada en Bali, Indonesia.^{20,21}

Por todas esas razones y tomando en consideración que: 1) las condiciones actuales de nuestro Sistema Nacional de Salud, así como las tendencias al futuro, señalan la necesidad de una reforma completa al mismo; 2) la salud toca los más profundos valores y derechos, los que tienen que ver con la dignidad humana; 3) la reciente reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros permite el establecimiento de las ISESS, mismas que en otros países se han podido desarrollar basándose en estrategias que violan los derechos de los pacientes; y que 4) la reglamentación para las ISESS, como fue aprobada por la Secretaría de Salud y por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, no garantiza en aspectos cruciales los

derechos de los pacientes.²² Los miembros de la profesión médica, a través de nuestros colegios legalmente constituidos y congregados en la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica (FENACOME, hoy Colegio Médico de México), el 11 de noviembre del año 2000, durante su XXXI Reunión Anual en la Ciudad de Campeche, acordamos promover ante la sociedad, las autoridades correspondientes y el Poder Legislativo de la Nación, la promulgación de una Ley que, inscrita en nuestra Constitución Política, ampare los derechos de los pacientes, fortaleciendo con ella el derecho a la protección a la salud de los mexicanos. Con ese propósito elaboramos un documento, al que titulamos, *La declaración de Campeche*,²³ el cual fue entregado a los Miembros del Honorable Congreso de la Unión, con el objetivo de que sea enriquecido a través de un amplio debate público y legislativo. La protección a estos derechos deberá ser detallada en su reglamentación, incluyendo algunos aspectos fundamentales como son: el derecho a una atención médica digna y de buena calidad; el derecho a la libertad de elección; el derecho a la autodeterminación; el derecho a la información; el derecho a la confidencialidad; el derecho a la educación sobre la salud; y el derecho a la atención religiosa, entre otros.

Los integrantes de la profesión médica pudiéramos estar de acuerdo en que se llame consumidores a quienes compren seguros médicos y miembros o derechohabientes a los que se afilien a planes de atención a la salud, pero por encima de todo debemos reconocer que el individuo enfermo que busca atención médica es un paciente con derechos que deben ser protegidos. Una legislación que proteja los derechos de los pacientes puede y debe proteger también a los consumidores o miembros de seguros de atención, pero el propósito fundamental deberá ser el proveer a todos los mexicanos con derechos elementales en el momento que más los necesitan, cuando se encuentran enfermos y necesitan atención médica.

Hoy que la práctica de nuestra profesión está siendo sometida a una profunda transformación, en donde los servicios de salud tanto privados como públicos transitan a través de una coyuntura entre pasado y futuro, marcada por reformas oficiales, por retos e innovaciones organizacionales y por un incremento en la presión social, las recientes reformas a la Ley General de Instituciones y Mutualistas de Seguros han despertado la codicia y alentado el interés lucrativo de un grupo de inversionistas nacionales, extranjeros y también, porqué no decirlo, de médicos que quieren ser empresarios de organizaciones comerciales, anticipando la posibilidad de obtener cuantiosas ganancias, apoyados en la experien-

cia del modelo de salud administrada originado en los Estados Unidos de Norteamérica; la ocasión y el campo en México son propicios, ya que se avanza sin regulación ni normatividad, poniendo en riesgo el futuro de la atención médica pública y privada.

Para quienes estamos convencidos que el paciente y su médico —el que el paciente libremente elija— son los protagonistas de un contrato social y no de uno de negocios; para quienes tenemos claro que no somos vendedores ni agentes económicos en un mercado libre; para quienes disfrutamos de independencia, autoridad y capacidad para autorregularnos; pero sobre todo, para quienes tenemos el invaluable privilegio de gozar de la confianza de nuestros pacientes, la que recibimos a cambio del compromiso de servir primero que nada a sus intereses, responsablemente y al menor costo posible; para todos es fundamental establecer una clara diferencia entre la práctica de nuestra profesión y cualquier otro acto que contribuya a vulnerar la relación entre el paciente y el médico. Los médicos debiéramos reflexionar seriamente y actuar sobre estos problemas y no descalificarnos en la difícil tarea de intervenir en el diseño del camino que tomará la atención médica en México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Relman AS. The new medical-industrial complex. *NEJM* 1980; 303: 963-970.
2. Relman AS. The health care industry: where is it taking us? *NEJM* 1991; 325: 854-859.
3. Kassirer JP. Managing Care. Should we adopt a new ethic? *NEJM* 1998; 339: 397-398.
4. Benson JA. The burdens of professionalism, patients' rights and social justice. *The Pharos*, Winter: 2000: 4-9.
5. Davidoff F. Medicine and commerce. *Ann Int Med* 1998; 128: 496-499.
6. Zinder L. *Medical ethics, professionalism and the changing practice environment*. Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians. January, 1999.
7. Jonsen AR. *Professionalism. Ethics in Medicine*. University of Washington School of Medicine, 1998.
8. *Medical professionalism project*. ABIM Foundation, 1995.
9. Wynia MK. Medical professionalism in society. *NEJM* 1999; 341: 1612-1616.
10. Rothman DJ. Medical professionalism-focusing in the real issues. *NEJM* 2000; 342: 1284-1286.
11. Freidson E. *Professionalism and institutional ethics. The American Medical Ethics Revolution*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.
12. Kuttner R. The American health care system. Wall Street and Health Care. *NEJM* 1999; 340: 664-668.
13. Stocker K. The exportation of managed care to Latin America. *NEJM* 1999; 340: 1131-1136.
14. Pérez-Stable EJ. Managed care arrives in Latin America. *NEJM* 1999; 340: 1110-1112.
15. Editorial. Las instituciones de seguros especializadas en salud en México. *Gac Med Mex* 2000; 136: 309-310.
16. Sámano Guerra AFJ. Los derechos de los pacientes en los nuevos modelos de atención a la salud. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2000; 45: 93-95.
17. Hall MA. Ethical practice in managed care: a dose of realism. *Ann Int Med* 1998; 128: 395-402.
18. Sheldon GF. Professionalism, managed care and the human rights movement. *Bull Am Coll Surg* 1998; 83: 14-33.
19. Annas GJ. A national bill of patients' rights. *NEJM* 1998; 338: 695-699.
20. López de la Peña XA. *Los derechos del paciente*. Trillas, 2000.
21. World Medical Association. *Declaration of patients' Rights*, 1995.
22. Fernández-González H. Carta al Editor. *Gac Med Mex* 2001; 137: 391-393.
23. Declaración de Campeche: Los derechos de los pacientes. XXXI Reunión Anual de la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica. Campeche, Noviembre 11, 2000 (Archivos de FENACOME).

John Franklin Enders (1897-1985)
Thomas Huckle Weller (1915)
Frederick Chapman Robins (1916)
Premio Nobel 1954

Frederick Chapman Robins. Nació en 1916. Se gradúa de la Universidad de Harvard y después fue residente en Bacteriología del Children's Hospital de Boston, donde colaboró con Enders de 1948 a 1950 y ayudó en el descubrimiento del cultivo del virus de la poliomielitis. Realizó también investigación de los virus de las paperas, herpes simple y viruela. En agosto de este año cumplirá 86 años de edad.
