

ANALES MEDICOS

Volumen **48**
Volume

Número **4**
Number

Octubre-Diciembre **2003**
October-December

Artículo:

Editorial ¿Relaciones distintas o distantes?

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

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](#)

¿Relaciones distintas o distantes?

Francisco J Sámano Guerra*

Consideraré la salud de mi paciente como mi preocupación primera... y ejerceré mi arte con conciencia y dignidad.

Juramento neo Hipocrático de Ginebra
Asociación Médica Mundial, 1948

Debido a que el ejercicio actual de la medicina debe contender con complicadas fuerzas políticas, legales y del mercado, los principios fundamentales del profesionalismo médico surgen como la mejor opción para mantener el contrato de la profesión con la sociedad, garantizándole que el interés del paciente sea el que prevalezca, salvaguardando así su confianza, que es la esencia de la relación entre el paciente y su médico.

El creciente desarrollo de la tecnología diagnóstica durante los últimos cien años, aunado a otras circunstancias que han transformado la medicina, como son: la creación de las instituciones de seguridad social (en respuesta al aumento progresivo de la demanda de servicios médicos en los centros urbanos) y su comercialización (como un resultado natural del desarrollo de la tecnología), han contribuido a modificar la relación entre el paciente y su médico. A ello se debe, cuando menos en parte, que el estado actual descrito con frecuencia como la “deshumanización” de la medicina sea caracterizado por la pérdida de la antigua relación médico-paciente, sustituida por una atención burocrática, despersonalizada y distante y con un costo económico cada vez más alejado de las posibilidades de la mayor parte de la población necesitada del servicio médico.¹

En México, desde mediados del siglo XX, con la creación del Seguro Social (IMSS) primero, y del seguro para los trabajadores del estado (ISSSTE)

años después, la relación dejó de ser sólo entre el médico y el paciente, para extenderse a una institución. En fecha más reciente, a partir de enero del 2000, la modificación a la Ley de Instituciones de Seguros permitió el desarrollo de un nuevo modelo de atención a la salud, conocido con el nombre de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), que copia el sistema conocido como “Medicina Administrada”, a semejanza del que se inició en los Estados Unidos (*Managed Care*) hace aproximadamente treinta años y más tarde se exportó a varios países latinoamericanos (Chile, Argentina, Brasil y Colombia, entre otros).²⁻⁴

Ninguno de estos sistemas está libre de inconvenientes. Los principales problemas de la medicina social en nuestro país se derivan de dos condiciones concretas: 1) la demanda excesiva de servicios que satura y rebasa las capacidades de la institución y 2) su estructura burocrática y centralizada.⁵ Por su parte, el sistema de medicina administrada — cuyo objetivo primordial es el lucro — limita la libertad de decisión del paciente y la de su médico. Al haberse permitido la intromisión de los llamados “terceros pagadores”, en la relación entre ambos surgieron como elementos centrales en la toma de decisiones médicas los criterios de eficiencia social e institucional, en el primer modelo; y la obsesión por disminuir los costos (privilegiando los intereses lucrativos de los accionistas o dueños de estas empresas) a costa de disminuir la calidad de la atención médica, en el segundo. Como resultado, el compromiso fiduciario del médico no está dirigido al bienestar de su paciente, sino hacia los objetivos administrativos, políticos o económicos de la empresa o institución. En ambos sistemas, la autonomía de los pacientes, que hoy reconocemos como un derecho, con frecuencia no es respetada ya que

el papel del paciente y su doctor —tradicionalmente los protagonistas del acto médico— se encuentra relegado a un plano no prioritario donde las grandes decisiones los rebasan; éstas las llevan a cabo los funcionarios públicos, los administradores y los empresarios.^{2,6}

A menudo escuchamos que los pacientes han perdido la confianza en sus médicos, encontrándolos impersonales, distantes, incomprensibles y habitualmente demasiado ocupados para prestarles atención. A su vez, los médicos manifiestan que los pacientes se han tornado agresivos, quejándose frecuentemente por el costo de la atención, y la sombra de las demandas legales oscurece cada encuentro entre ambos, despertando en el médico un temor hacia quien él pretende ayudar.

El terreno en el que hoy se discute el futuro de la atención a la salud ha dejado a un lado los principios del profesionalismo médico —tradicionalmente sustentados en la ciencia, la ética y el humanismo— para ser sustituidos por las reglas del mercado, de la economía, de los negocios, de las utilidades y del costo *versus* el beneficio. Para quienes manejan este lenguaje, hoy los pacientes son los clientes y los médicos los proveedores. La íntima relación entre el paciente y su médico, hoy se ve allanada por la participación de terceros interesados. Estos intermediarios del proceso de la atención a la salud juegan un papel cada vez más decisivo, polarizando con ello la relación entre el paciente y su médico.

Ni el viejo modelo de medicina institucional ni el nuevo sistema de medicina administrada han contribuido a una buena relación entre el paciente y su médico. Por ello es que, buscando una respuesta a esta problemática, las asociaciones médicas de varios países han mostrado un renovado interés en los conceptos de profesionalismo médico, así como en la comprensión de las responsabilidades y derechos de los pacientes y de los médicos.⁷ Bajo estas circunstancias, no es de sorprender que el tema de la relación médico-paciente y sus conflictos actuales se destaque como uno de los diez asuntos prioritarios en la atención a la salud en el nuevo siglo.⁸

En tanto que los retos económicos, aunados a los avances tecnológicos están transformando las posibilidades y el ejercicio mismo de la medicina, el campo de la ética médica demanda un papel central

que abarque desde el proceso de la formación de recursos humanos hasta el ejercicio diario de la profesión. Es por ello menester considerar, además de la ética, a otras disciplinas que sean relevantes y que estén comprendidas dentro de las ciencias sociales y humanísticas, como es el caso de la psicología, la sociología, la historia y la antropología, entre otras.

En éste número de *Anales Médicos*, C Martínez y G Leal publican un minucioso y bien estructurado análisis acerca de las complejidades en la relación entre el paciente y su médico.⁹ En él, los autores parten del concepto que considera indivisibles los aspectos científico-técnicos de los relacionales en el quehacer médico, lo que permite dimensionar la relación médico-paciente con la visión clínica unitaria que caracteriza el ejercicio diario de la medicina, contrastándola con el enfoque segmentado del administrador y del burócrata. Corresponde ahora al médico clínico, apuntan los autores, la difícil tarea de responder y reorientar la perspectiva actual de la relación médico-paciente, con el propósito de resolver las verdaderas necesidades de los pacientes y las nuestras. Ante los retos planteados, es pertinente recordar la frase con la que Louis Portes, definió al médico su situación, sintetizándole su deber: “Una confianza frente a una conciencia”.¹⁰

El ejercicio actual de la ciencia médica en nuestro país nos ofrece escenarios que presagian —tanto por los cambios demográficos, como por una mayor regulación del ejercicio de la profesión, unidos al necesario incremento en la inversión de recursos económicos para la salud— una transformación, que simultáneamente sea capaz de frenar los elevados costos de la atención médica y a la vez pueda asegurar su mayor eficacia, eficiencia, equidad y trato digno para los pacientes y sus médicos. Para alcanzar esta meta, el sistema de salud requiere de una rehabilitación de su finalidad real, donde su objetivo principal sea, no el de proporcionar las mayores ganancias a los participantes del complejo comercial e industrial de la salud y a sus inversionistas, sino el de innovar, el de crear productos y servicios que la sociedad necesite y a los que sus integrantes puedan acceder, ya que de otra manera la función social del ejercicio de la medicina permanecerá irremediabilmente desvirtuada.

BIBLIOGRAFIA

1. Pérez Tamayo R. La tecnología y el futuro de la medicina. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 1997; 42 (2):44-45.
2. Sámano Guerra FJ. Los derechos de los pacientes en los nuevos modelos de atención a la salud. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2000; 45 (2): 93-95.
3. Pérez Stable EJ. Managed Care arrives in Latin America. *NEJM* 1999; 340: 1110-1112.
4. Stocker K. The exportation of managed care to Latin America. *NEJM* 1999; 340: 1131-1136.
5. Pérez Tamayo R. Algunos pseudoproblemas de ética médica. En: *Ética médica laica*. México: Fondo de Cultura Económica y El Colegio Nacional, 2002; 122.
6. Anónimo. Las instituciones de seguros especializadas en salud en México (editorial). *Gac Med Mex* 2000; 136: 309-310.
7. Sámano Guerra FJ. El médico ante la sociedad. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2002; 47 (1): 49-53.
8. Everett Koop C. The top ten issues in health care today. In: *Great Issues for Medicine in the Twenty-first Century*. *Ann N Y Acad Sci* 1999; 882: 137-141.
9. Martínez SC, Leal FG. Sobre la calidad clínica de la atención: El problema de la relación médico-paciente. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2003; 48 (4): 238-250.
10. Chávez I. La moral médica frente a la medicina de nuestro tiempo. En: *Humanismo médico, conferencias y discursos*, Ignacio Chávez. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2003; 21-31.

Premio Nobel de Medicina 1967

Ragnar Arthur Granit
Haldan Keffer Hartline
George Wald

Ragnar Arthur Granit (1900-1991). Nació en Helsingfors, Finlandia en 1900. Inicialmente estudió psicología experimental en la Academia Åbo, para posteriormente profundizar sus estudios preparándose en medicina ya que llegó a la conclusión que la fisiología le ayudaría más a explicar su trabajo sobre la visión con lo que en 1929 es nombrado profesor en el Instituto de Fisiología. En 1940, es llamado al *Royal Caroline Institute* de Estocolmo en donde posteriormente sería nombrado como investigador en neurofisiología por el Ministerio de Educación. Desde los años veinte hasta los cuarenta sus investigaciones principales fueron en el campo de la visión desde la psicofísica hasta sus trabajos posteriores en electrofisiología. Le fue entregado el Premio Nobel en Fisiología y Medicina en 1967 por sus descubrimientos acerca de los procesos fisiológicos y químicos de la visión en los ojos. Se retiró como profesor emérito en 1967 y falleció en 1991.
