



El deber fiduciario del médico

A Francisco J Sámano G*

¡Dios Todopoderoso! Estoy ahora preparado para dedicarme a los deberes de mi profesión. Concédeme que mis pacientes tengan confianza en mí y en mi arte y sigan mis prescripciones y mi consejo.

Moisés Ben-Maimónides

INTRODUCCIÓN

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, el ejercicio de la profesión médica está siendo transformado.

En México, la necesidad de llevar los servicios médicos a todos, el desarrollo de nuestra estructura social y los avances de una tecnología médica cada vez más compleja, llevaron al ámbito de la relación médico-paciente a otros múltiples actores. Desde mediados del siglo XX, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) primero, y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) años después, la relación dejó de ser sólo entre el médico y el paciente para extenderse a una institución.¹ En fechas más recientes, con la consolidación de los seguros de gastos médicos a partir de

1984, y posteriormente en 1999 con la reforma a la ley que dio paso al desarrollo de la medicina administrada, mediante las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), la relación entre el paciente y su médico ha sido invadida por otros actores distintos: primero, las compañías de seguros y, después, las administradoras de salud.^{2,3}

Los milagros de la medicina moderna, debido en gran parte al desarrollo tecnológico así como a la insaciable avidez 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 de seguros— 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. Por lo general quienes promueven este paradigma no son los pacientes: el enfermo y sus seres queridos sólo desean la mejor atención posible.

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 llevan 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.

Las tendencias del modelo de atención médica en nuestro país apuntan, durante este nuevo siglo, hacia el posible desarrollo de un Sistema

* Departamento de Medicina Interna del Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 13/06/06. Aceptado: 27/06/06.

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

Universal de Salud, independiente de si sus servicios serán otorgados por instituciones públicas o privadas y del origen de su fuente de financiamiento. Por ello, más que nunca, los miembros de la profesión médica y sus líderes debemos estar unidos con el propósito de garantizar que el ejercicio profesional cumpla con sus más altos estándares, ya que de otra manera se correrá el riesgo de que este nuevo modelo sufra de una inaceptable mediocridad.

AUTORIDAD PROFESIONAL

De acuerdo con Max Weber,⁴ se reconocen tres variedades de autoridad legítima: 1) *la autoridad legal*, aquélla en la que la gente obedece porque reconoce la legitimidad legal de quien da las órdenes; 2) *la autoridad tradicional*, en la que las órdenes son obedecidas por la costumbre; y 3) *la autoridad carismática*, que proviene de la proyección personal del individuo para ser obedecido. Sin embargo Talcott Parsons —fundador de la escuela de sociología cuya ideología está basada en que la estructura de las instituciones sociales se explica por las funciones que éstas desempeñan— agregó una cuarta variedad de autoridad legítima a la que denominó: *la autoridad experta*. En ésta, la gente obedece porque reconoce un conocimiento superior en la persona que da las órdenes.⁵

Este tipo de autoridad lo relacionó directamente con los profesionistas. Su creencia era que éstos tenían una doble función, ya que el ejercicio de la autoridad en su trabajo debía servir para mediar entre los individuos —sus clientes— y el resto de la sociedad. Para cumplir con éxito esta misión, los profesionistas deberían mantener un perfil en el que sus actos no estuviesen motivados por el lucro ni por la ambición del poder. El proyecto del profesionista debía estar impulsado por el deseo de alcanzar una alta posición social, gozando a la vez de una excelente reputación dentro de la sociedad y entre sus propios colegas.⁵

A ello se debió que las instituciones profesionales emergieran como mediadores sociales muy poderosas. No es su existencia la que marca al profesionista como tal, pues éstos surgen antes que las instituciones mismas. No obstante, las instituciones

profesionales, al promover la vigilancia de la conducta y ofrecer la oportunidad de competir por el respeto entre sus integrantes y ante la sociedad, contribuyen a garantizar que la *autoridad profesional* sea ejercitada por el bien de la sociedad, manteniéndose con ello el interés de la comunidad y el del individuo en un balance adecuado. Para cumplir de manera idónea con la asociación de los profesionistas e inspirar la confianza y respeto del público, los estándares de competencia y de ética deben ser aceptados en su totalidad y hacerlos a la vez transparentes ante la sociedad.

Según Parsons, los elementos esenciales que deben caracterizar a las profesiones están inmersos en su propia definición y en el motivo de sus actividades: 1) una profesión es una ocupación que utiliza su legítima *autoridad experta* para mediar entre los individuos y la sociedad; 2) los miembros de una profesión se distinguen por su orientación colegiada y su ambición de respeto, el cual no debe ser motivado por el lucro ni por el deseo del poder político; 3) las instituciones profesionales las socializan, con el propósito de que otorguen un servicio óptimo, así como para brindarles un foro, tanto ante sus propios integrantes como ante la sociedad, contribuyendo con ello a inspirar la confianza del público y facilitando de manera íntegra el ejercicio de la *autoridad profesional*.⁵

LA PROFESIÓN MÉDICA

En fechas recientes ha surgido la preocupación, cada vez más generalizada —entre algunos médicos, académicos y el público en general— en torno a la “desprofesionalización” de la medicina, por haber descuidado —sus integrantes— el compromiso con la sociedad, respecto de la protección del bienestar e intereses de los pacientes.

La palabra profesión proviene del vocablo latín “*professio*”, que significa hacer una declaración pública, declaración que además implica la fuerza de una promesa; a ello 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 al que así no lo hiciera.

En la profesión médica, el acto de profesar ocurre de dos formas: Una, es la profesión pública —la proclamación solemne el día de la graduación— al pronunciar el Juramento de Hipócrates. En ese momento es cuando el médico recién graduado ingresa a la profesión, no cuando recibe su diploma. Éste, sólo significa que cumplió con los requisitos académicos para obtener la licenciatura en medicina, pero no dice nada acerca del compromiso que asume respecto de la manera en que sus conocimientos y habilidades serán puestos al servicio de sus semejantes. Sin el Juramento, el médico es únicamente un técnico con destrezas o un trabajador cuyos conocimientos le permiten desarrollar una ocupación, pero no una profesión. Al pronunciar el Juramento —si se hace con la seriedad de un compromiso, mediante el que se obliga a poner sus conocimientos y destrezas al servicio de los enfermos— entonces, el graduado, ha hecho su “profesión”. Con ese acto ingresa a una comunidad moral a cuyos integrantes define el propósito de atender y mejorar la salud y el bienestar de sus pacientes. La segunda, ocurre durante el encuentro diario con los pacientes. Ahí, el médico profesa su compromiso a través de su competencia (tener los conocimientos y habilidades para ayudarle) y su aplicación (ponerla al servicio del enfermo).⁶

La profesión del compromiso, por sí misma, invita a la confianza. El médico, de manera voluntaria, promete que es digno de confianza y asume simultáneamente la obligación moral de cumplir con su promesa. Este compromiso, implícito y silencioso, ocurre en cada encuentro entre el paciente y su médico. Si no fuese entendido de esta manera, el paciente no acudiría a consultarlo.

Las profesiones son definidas por varias características, que incluyen: un cuerpo esotérico de conocimiento experto, y ciertos valores y obligaciones, como es, entre otros, el deber fiduciario de mantener los intereses del paciente por encima de los propios intereses del médico.⁷

EL DEBER FIDUCIARIO DEL MÉDICO

De acuerdo al *Diccionario de La Real Academia Española*, el adjetivo “fiduciario” califica al *que depende del crédito y confianza que merezca*.⁸ La

Asociación Médica Canadiense define el “deber fiduciario” del médico como la obligación que tiene éste para actuar con la mejor fe, en beneficio de otra persona.⁹ En los Estados Unidos de Norteamérica, la Asociación Médica Americana reconoce que el médico tiene el deber, ante cada paciente, de otorgar en su beneficio la atención que la propia profesión reconozca como clínicamente aceptable; afirmando, que dicha atención deberá llevarse a cabo en el contexto de una relación fiduciaria, lo que significa que el paciente tendrá la confianza y la certeza legal de que el médico velará, ante todo, por sus intereses. Para dar cumplimiento legal, el médico deberá obtener —del paciente— su consentimiento, informado y voluntario. La violación a este deber fiduciario constituye una base legal para actuar en contra del médico por cualquier daño sufrido por el paciente.¹⁰

La Asociación Médica Mundial (WMA) establece en su Código de Ética la responsabilidad que la profesión médica tiene para implementar un sistema de autorregulación que favorezca y asegure a cada médico el derecho de atender a sus pacientes sin interferencias ajenas a su juicio profesional. Asegurando con ello a la sociedad una atención de calidad otorgada por un médico competente. A su vez, el paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que goce de libertad para ejercer su profesión, basándose en juicios clínicos y éticos que sean independientes de interferencias ajenas y que estén de acuerdo con los principios médicos convencionales. El médico no deberá permitir que, por razones de lucro, se interfiera con el ejercicio libre e independiente de su profesión en beneficio del paciente. El médico deberá a sus pacientes una lealtad completa y todos los recursos de su ciencia con pleno respeto de su autonomía profesional. Asimismo considera, que el profesionalismo médico incluye, no sólo la relación entre el médico y el paciente, sino también con la sociedad.¹¹

El Código de Bioética del Colegio de Medicina Interna de México reconoce que la relación médico-paciente es la parte fundamental del acto médico y que dentro de ésta se presentan varios procesos que deben estar inmersos y regidos por los principios éticos vigentes. Nos recuerda que los médicos somos depositarios de la confianza

del paciente, y considera al humanismo como una de las cualidades elementales de este proceso, por lo que destaca que, dentro de los compromisos morales y legales: “*el médico debe actuar siempre promoviendo el bienestar del paciente*”... y que durante su atención: “*se lleven a cabo aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que, se espera, conduzcan al mayor beneficio posible, con el mínimo riesgo para su salud, su vida o su economía*”.¹²

El Colegio Médico de México-FENACOME, en su normatividad, afirma: “*que el único interés del médico tratante debe ser el supremo interés de sus pacientes*”.¹³

No obstante, en México, el Deber Fiduciario del Médico no está contemplado dentro de la legislación. Los profesionistas que trabajan para las instituciones “públicas”, donde habitualmente no existen los insumos suficientes para la atención oportuna y adecuada de los pacientes, están obligados a apegarse a los recursos y limitaciones propios de éstas, con el temor de ser despedidos si se atreven a elevar un reclamo. Si el médico labora para una aseguradora, que no es más que un sistema empresarial con fines mercantiles de lucro, enfrenta los límites impuestos en los contratos, los que han sido diseñados (por los administradores, abogados, actuarios y contadores) para administrar los costos, a través de estrategias legales pero perversas, con el propósito fundamental de aumentar los rendimientos económicos a sus inversionistas mediante la selección adversa de los asegurados, la disminución en la oferta de servicios, violando los derechos del individuo enfermo y sacrificando la calidad en la atención médica. Como resultado, la confianza, que es el elemento esencial de la relación entre el paciente y su médico, es vulnerada.

En el primer caso (el de las instituciones públicas), es la Ley de Responsabilidad de los Servidores Públicos la que contempla a lo que el servidor está comprometido, y éste podrá ser sujeto de demanda por falta de “probidad y honestidad” por no utilizar adecuadamente los recursos.¹⁴

De acuerdo al Código Civil Federal,¹⁵ el médico, al aceptar los términos de un contrato, adquiere la responsabilidad con la empresa que lo contrata, aceptando sus condiciones. Si abusa o

se excede al otorgar el servicio, puede ser acusado por incumplimiento y ser sujeto de demanda de reparación de daño hacia la empresa. En caso de demanda de responsabilidad por un paciente asegurado, éste debe hacerlo ante la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros en donde se decidirá si es el prestador de servicio quien incurrió en la falta o fue la empresa.

AUTONOMÍA CLÍNICA E INDEPENDENCIA DE JUICIO

Otras características indispensables para el ejercicio profesional de la medicina son: la capacidad de poseer autonomía clínica e independencia de juicio, los que son requisitos fundamentales para que el médico pueda adecuar los principios generales a las variaciones individuales de sus pacientes.¹⁶

En el ejercicio actual de la medicina, a raíz del surgimiento de los terceros pagadores, se originó un reto especial, ya que las decisiones, habitualmente tomadas por los médicos consultados por sus pacientes, dependen ahora del juicio de quienes pagan, siendo estas instancias las que deciden si el estudio o el tratamiento recomendados es necesario y costo-eficiente. La intromisión de los terceros pagadores en el proceso de decisión para la atención a la salud ha limitado la acostumbrada y necesaria independencia profesional.

Este conflicto se ve ejemplificado en los Estados Unidos de Norteamérica, donde el Sistema de Medicina Administrada ha generado un enorme número de demandas legales. Uno de los elementos clave en estas demandas se refiere a la supuesta promesa, que el juicio clínico del médico prevalecería por encima de interferencias y controles inadecuados. Lo cierto es que en este modelo de atención a la salud se ha interferido de manera sistemática con el juicio de los médicos, impidiéndose el cumplimiento de su obligación profesional y vulnerando la confianza, que es la base de la relación entre los médicos y sus pacientes. Como resultado, el médico que provee sus servicios dentro de estas limitaciones está arriesgando la confianza, la reputación y su profesión, en tanto que, simultáneamente, se expone a sufrir una demanda le-

gal. Si por el contrario, el médico actúa de acuerdo con los estándares de calidad profesional, la empresa lo castiga, negándose a pagarle, o mediante la aplicación de otras medidas coercitivas. Es preciso considerar que el médico que acepta estos contratos lo hace de manera voluntaria y que, si accede a trabajar bajo los términos de una ética profesional dudosa, está obligado a asumir la responsabilidad. Asimismo, se debe reconocer que ante estas grandes empresas, la capacidad de negociación que tiene el médico como individuo es mínima. A ello se debe que, en fechas recientes, éstos hayan decidido unirse a través de formar agrupaciones de índole sindical, que les permita negociar colectivamente, recibiendo, entre otros, el beneficio de una asesoría legal previo a la firma de cualquier contrato de prestación de servicios.

Debido a que la autonomía clínica debe seguir siendo considerada como un elemento esencial para el adecuado ejercicio de la medicina, es crucial contar con la participación de la profesión médica para garantizar que ésta se lleve a cabo con un grado mesurado de autonomía. No hay duda que en el ejercicio profesional existe una gran variación en las prácticas clínicas. También es cierto que con frecuencia los médicos no cumplen con algunos requisitos básicos en la atención de sus pacientes, o que se olvidan de tomar en consideración aspectos relacionados con el costo y la eficiencia. A todo ello se debe que la introducción de la llamada "medicina basada en evidencias" haya adquirido importancia, a manera de antídoto a las variaciones —injustificadas— de la atención a la salud. No obstante, es obvio que estas guías no pueden ni deben reemplazar la observación clínica, el juicio, ni la experiencia del médico.

La necesidad de que los médicos preserven su autonomía clínica debe tener cuando menos dos propósitos: primero, poder otorgar la atención adecuada al paciente que no "encaje" dentro de las guías, lo cual no significa una libertad ilimitada para desviarse de estos lineamientos sin justificación, sin embargo, el médico requiere de contar con mecanismos que le permitan aplicar su juicio clínico sin impedimentos innecesarios.

Este es el caso de la mayor parte de los padecimientos que forman parte de la práctica diaria, ya que en realidad sólo es un pequeño número de enfermos quienes consumen la gran mayoría de los recursos, y es en esta área donde los planes de atención a la salud deberán enfocarse, dejando de hurgar constantemente en los detalles cotidianos.⁸ Segundo, la profesión médica requiere de una vía de acceso que le permita modificar los lineamientos que contengan fundamentos clínicos o científicos erróneos, o ya caducos. En algunos casos, los criterios —mediante los que el plan de seguro médico basan sus decisiones de atención y cobertura— no se encuentran fundamentados en principios científicos, sino en información actuaria o están elaborados con una visión miope que sólo enfoca los costos, ignorando una atención adecuada que esté basada tanto en las evidencias como en sus posibles consecuencias.¹⁷ Cualesquiera que sea el caso, la voz clínica del médico debe ser escuchada para adecuar los lineamientos mediante los cuales sus servicios profesionales son guiados, evaluados y remunerados.

DISCUSIÓN

Los críticos del enfoque *Parsoniano* han argumentado que su visión soslaya los actos de explotación por parte de los monopolistas de las profesiones, quienes hambrientos de dinero y de poder han aprovechado la negligencia de las instituciones en garantizar la calidad del servicio por sus integrantes. Por su parte, los críticos de la profesión médica señalan que la autoridad experta de los médicos ha sido una especie de engaño, ya que mucho del ejercicio de la medicina, al no estar basado en evidencias científicas, no es uniforme y, peor aún, se encuentra bajo la influencia de las fuerzas económicas y del mercado. Sin menoscabo de estos argumentos, hay muchas descripciones normativas respecto de lo que el profesionalismo médico debiera ser, que son dignas de tomarse en consideración.¹⁸

La base de la visión de Parson reside en la idea que la autoridad profesional está cimentada

en los conocimientos y la experiencia. Sin embargo, la obediencia que dicha autoridad requiere debe preservar la libertad del individuo. En su obra, *El Contrato Social*, Rousseau habla de un grupo de sabios con la capacidad de emitir pronunciamientos autorizados, pero éstos a su vez no pueden迫使自己去履行。¹⁹

Existe una relación muy cercana entre la idea de cimentar la moralidad profesional del ejercicio de la medicina en la *autoridad experta* de los médicos o basarla en la vulnerabilidad del paciente. Pero, ¿a qué es vulnerable el paciente? Sin duda a la enfermedad, aunque este hecho por sí solo no confiere respeto al médico. La relevancia de la vulnerabilidad del paciente estriba en la autoridad del médico a su potencial mal uso. Por eso es que sólo mediante el cabal cumplimiento de los principios del profesionalismo podrán los médicos establecer la confianza suficiente en la mente de sus pacientes y en la de la sociedad para poder así ejercer su autoridad.

Si se analiza la vulnerabilidad del paciente ante el potencial mal uso de la autoridad del médico, cabe preguntarse, ¿en beneficio de quién ejerce el profesionista su autoridad? La respuesta lógica sería que la ejerce en beneficio del mejor interés de su paciente. No obstante, es preciso tener presente que a pesar de la importancia central del binomio paciente-médico en el acto médico, este encuentro va más allá de la interacción entre ambos. A menudo se menciona la importancia de la relación médico-paciente, pero rara vez recordamos que cada encuentro profesional tiene implicaciones para el resto de la comunidad. El médico debe por ello mantener la confianza de ambos, de otra manera su autoridad será puesta bajo sospecha y su experiencia será inútil. La autoridad del médico se erosiona cada vez que el paciente o la comunidad perciben que su opinión profesional puede ser comprada, ya sea mediante dinero o con la promesa de escalar puestos políticos.

Desafortunadamente, en fechas recientes, un conjunto de fuerzas parecen haber conspirado con el propósito de motivar a los médicos en la búsqueda de objetivos políticos y pecuniarios. El producto económico de la medicina empresa-

rial estimuló la participación de los médicos como inversionistas en el negocio de la atención a la salud, socavando con ello los conceptos del profesionalismo. Como consecuencia, la confianza en su autoridad ante la sociedad se ha visto seriamente amenazada debido al conflicto de intereses que puede surgir entre las decisiones clínicas y el potencial incentivo económico por cancelarlas o diferirlas. Este daño se ha extendido a las asociaciones profesionales y hasta a sus propias escuelas. ¿Cómo será posible restaurar la confianza?, sólo mediante el compromiso público de aceptar los estándares tanto morales como de competencia en el ejercicio de la profesión.

Debido a que la tradición Hipocrática tiene pocas guías que ofrecer a los desafíos actuales, (en respuesta a estos retos) la *Federación Europea de Medicina Interna*, de común acuerdo con las instituciones médicas norteamericanas, *American College of Physicians, American Society of Internal Medicine* y *American Board of Internal Medicine*, elaboraron y emitieron su postura en el documento titulado, *Profesionalismo Médico en el Nuevo Milenio*, señalando entre otros, los tres principios fundamentales de la práctica médica que deberán prevalecer, independiente de la región del mundo donde ésta se lleve a cabo: 1) el principio de primacía de bienestar del paciente, 2) el de autonomía del paciente y 3) el principio de justicia social, mediante el que la profesión médica se compromete a promover la justicia en los sistemas de atención a la salud.²⁰

CONCLUSIÓN

Con un espíritu saludable, los médicos deberán tener un papel más activo en las condiciones bajo las que desempeñan su trabajo. Si la meta es rescatar y retener un nivel aceptable de autonomía profesional, no pueden esperar que sean otros quienes hagan la tarea que a ellos les corresponde. Como fiduciarios de sus pacientes, tienen pues la obligación profesional de asegurar que las condiciones bajo las que aceptan ejercer, no los someten a restricciones inaceptables, ni tampoco a conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez TR. *Ética Médica Laica*. México: Fondo de Cultura Económica, 2002.
2. Sámano GAFJ, Fernández GH, Minjares RJL. Los derechos de los pacientes en los nuevos modelos de atención a la salud. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2000; 45: 93-95.
3. Editorial. Las instituciones de seguros especializadas en salud en México. *Gac Med Mex* 2000; 136: 309-310.
4. Weber M. *The theory of social and economic organization*. New York: Free Press, 1947.
5. Parsons T. Introduction. In: Weber M. *The theory of social and economic organization*. New York: Free Press, 1947.
6. Pellegrino ED. Professionalism and the virtues of the good physician. *Mount Sinai J Med* 2002; 69 (6): 378-384.
7. Morreim EH. Professionalism and clinical autonomy in the practice of medicine. *Mount Sinai J Med* 2002; 69 (6): 370-376.
8. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 22a ed. Madrid, España: Espasa, 2001.
9. Canadian Medical Association. Code of Ethics. www.cma.ca
10. American Medical Association. Code of Medical Ethics. www.ama-assn.org
11. World Medical Association. *Medical Ethics Manual*, 2005. www.wma.net
- 12.- Colegio de Medicina Interna de México. Código de Ética. www.amim.org.mx
13. Colegio Médico de México-FENACOME. Normatividad. www.cmmm-fenacome.org
14. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. www.cddhcu,gob.mx
15. Código Civil Federal. www.cddhcu,gob.mx
16. Berk ML, Monheit AC. The concentration of health care expenditures, revisited. *Health Aff*(Millwood) 2001; 20 (2): 9-18.
17. Morreim EH. *Holding health care accountable: Law and the new medical marketplace*. New York: Oxford University Press, 2001.
18. Latham SR. Medical professionalism: A parsonian view. *Mount Sinai J Med* 2002; 69 (6): 363-369.
19. Rousseau JJ. *On the social contract*. New York: St. Martin's Press; 1978; 120.
20. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine. *Ann Int Med* 2002; 136: 243-246.