

## Revista de la Facultad de Medicina

Volumen  
Volume **45**

Número  
Number **6**




Noviembre-Diciembre  
November-December **2002**

*Artículo:*




### Factores que han modificado la práctica médica

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Facultad de Medicina, UNAM

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

## Tema de reflexión

**Factores que han modificado la práctica médica**Octavio Rivero Serrano<sup>1</sup><sup>1</sup> Ex-Director de la Facultad de Medicina y Ex-Rector de la UNAM**Resumen**

Es un hecho incontrovertible que la forma de ejercer la medicina clínica ha cambiado en las dos últimas décadas, en parte por la extensión del campo terapéutico útil y en parte por la introducción de la compleja tecnología conocida de todos. Pero hay otro aspecto del cambio que conviene resaltar; la organización de la práctica médica no está ya en manos de los médicos, ni siquiera en la fase de planeación. Campea en la actualidad un esquema administrativo en el que el médico ocupa un lugar secundario, además de encarecer los servicios, éstos se realizan con un espíritu completamente ajeno al tradicional en que la vocación de servicio al ser humano enfermo era primordial y en el que el afán de lucro –ahora dominante–, estaba ausente.

**Palabras clave:** *Práctica médica, administración de la salud.*

**Summary**

It is an incontrovertible fact that the way clinical medicine is exercised has changed over the last two decades, in part by the extension its therapeutic usefulness and in part by the introduction of complex technology, which applies to all fields. However, there is another aspect of change that should be considered; the organization of medical practice does not always lie in the hands of the physician, nor does it follow a defined plan. Being realistic, an administrative scheme exists in which the doctor occupies second place. Furthermore, with regard to the services being offered, these are delivered with a spirit completely detached from the tradition in which the primary aim was to serve a sick human being and profit –now a dominant factor– was absent.

**Key words:** *Medical practice, health administration.*

Diversos factores, en los últimos años, han modificado la forma de ejercer la medicina; y han sido analizados, por un grupo de académicos y profesores, en el Seminario permanente “El ejercicio de la medicina”, que se efectúa en el posgrado de la Facultad de Medicina, desde mediados de 1998.

En los últimos cincuenta años, el adelanto en los conocimientos de la ciencia médica, han permitido el diagnós-

tico y el tratamiento con éxito, de enfermedades incontrovertibles en la primera mitad del siglo XX. Podría escribirse un libro, analizando estos adelantos, por razones de espacio, sólo en el cuadro 1, se han recogido algunos ejemplos de estos avances.<sup>1-3</sup>

Asimismo, con el desarrollo y utilización de novedosas tecnologías, aplicadas al diagnóstico y tratamiento, numerosas enfermedades hoy pueden ser diagnosticadas oportunamente y tratadas con éxito. En el cuadro 2, se mencionan algunos de estos adelantos.<sup>4-6</sup>

La sola mención de algunos logros en estos dos aspectos, permite reconocer que el médico en el momento actual, cuenta con muchos más recursos para atender a sus enfermos que los que tenía apenas hace cincuenta años.

Deteniéndose en este análisis, tendría uno que aceptar, que todos los factores que han modificado el quehacer médico de los últimos lustros, son positivos.

Sin embargo, no es así.

Un factor más, distinto de los mencionados, ha irrumpido en el ejercicio de la medicina: El financiamiento del acto médico. Éste, ha cambiado; el financiamiento por terceros, es un factor de cambio muy importante,<sup>7,8,10</sup> ya que incide en la esencia del acto médico, que es la relación directa, de confianza, plenamente libre, entre el paciente y el médico.<sup>11-15</sup>

Este factor, está creciendo en nuestro medio; en el seminario ha sido motivo de análisis; conociendo lo sucedido en otras partes del mundo, creemos que deben planearse los problemas que ha suscitado, para evitarlos.

Una consecuencia, inmediata, de los avances en el conocimiento y del uso extendido de tecnologías modernas, es que el acto médico, antes sencillo la mayoría de las veces, se ha vuelto complejo y, por complejo, costoso.

La medicina compleja y cara, ha hecho necesaria la participación de financieros, industriales, y comerciantes: necesaria y bienvenida, mientras la planeación y la organización esté en manos de médicos. Hasta ahora, el negocio de la medicina, ha hecho proliferar los esfuerzos de los industriales por producir más y más insumos; de los comerciantes por ofrecerlos a los médicos como panacea; de los inversionistas, por participar en la organización de la medicina, proponiendo esquemas novedosos, distintos a los de antes, en los que ahora son actores principales.

**Cuadro 1.** Algunos factores de adelanto en el conocimiento.

- Tratamiento de las infecciones
- Esquemas de vacunación
- Conocimientos en biología molecular
- Tratamiento del cáncer
- Tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas
- Control del rechazo en trasplantes
- Medicina genómica

**Cuadro 2.** Algunos factores derivados del uso de la tecnología.

- Progresos en imagenología
- El tratamiento de las oclusiones vasculares
- El manejo no invasivo de los procesos cerebrales
- La cirugía endoscópica
- Los sensores
- Los medicamentos

La organización de la medicina, está cada vez menos, en manos de los médicos. Es necesario que los médicos recuperen la función planeadora y organizadora.

El aumento en los costos es hoy un problema que enfrenta cualquier esquema de atención a la salud. El costo incide más de lo necesario, cuando se reconoce que la complejidad no se limita a los casos difíciles, complicados; otros, que deberían ser resueltos por una medicina sencilla, se atienden a niveles de medicina compleja, cara, por definición.

Hay que aceptar, que hay una medicina innecesaria

Ante el aumento de los costos, en parte por lo que cuesta un esquema administrativo sobrado, y las ganancias del intermediario, surge natural la tendencia a buscar diversas medidas de contención de costos. En manos de administradores, la medicina, vista sólo como un negocio, no se puede concebir si éste no es productivo; para ello, la medicina administrada gasta en la atención del enfermo lo dispensable; sólo que el criterio para definir lo indispensable, no es médico, académico, sino administrativo, financiero; hacer redituable la inversión. Paradójicamente, esa administración aumenta los costos.

La sobre-administración de la medicina, organizada por no médicos, es un hecho que se puede documentar con cifras.<sup>16-20</sup> Un principio elemental parece olvidarse. Si hay un intermediario entre el paciente y el médico, el proceso se encarecerá y las ganancias serán para el intermediario.

En la contención de costos, la medicina organizada por médicos, ha encontrado medidas útiles: Los cuadros básicos de insumos, la medicina y sobre todo la prescripción basada en evidencias, la cirugía de corta estancia, la organización de equipos que atienden al paciente en su casa evitando internamientos. Los países más ricos, han vuelto los ojos, a un recurso fácil y muy médico; el prestigio, la reorganización de la medicina

general, pero para poder utilizarla, debe darse instrucción a una sociedad, ahora desinformada por quienes procuran el consumismo de sus insumos; en nuestro medio, es un recurso de dudoso éxito, mientras el país mantenga escuelas de medicina, cuyo producto terminado no ha certificado su calidad.

Una cruzada de calidad, en México, que produce anualmente más de 10,000 nuevos médicos, con un alto porcentaje de dudosa calidad, será factible, cuando los médicos generales se certifiquen.

Veamos ahora, cuáles son los métodos de contención de costos en la medicina manejada por administradores: Se limita el ingreso de los asegurados, privilegiando los que menos problemas de salud tendrán; se limitan la prescripción y los estudios para el enfermo, de acuerdo con criterios administrativos, financieros, no médicos; se acota el nivel de los médicos al basarse en la atención de médicos generales que, en nuestro medio, significa de entrada, una limitación de calidad; se limita el nivel de los médicos, aceptando a quienes aceptan los tabuladores, no a los de mejor currículo; se ofrecen mecanismos de capacitación y otros incentivos económicos, a quien contenga costos a base de limitaciones impuestas administrativamente. Todo esto no es teoría, ha sucedido donde estos esquemas se han impuesto, en varios países.<sup>21,22</sup>

Al parecer han modificado, negativamente, la práctica de la medicina, en aspectos que deben considerarse: el encarecimiento por intermediación; la relación médico-paciente; el tránsito de la confianza a la desconfianza; el surgimiento de la medicina defensiva y las demandas, que son fenómenos relacionados y crecientes.<sup>23-27</sup> ¿El médico defiende los intereses del enfermo, o de la compañía que lo contrata? Esta dualidad incide en la ética médica.

El cambio en la forma de ejercer la medicina es un hecho irreversible. Ojalá que aprendamos de errores cometidos en otras latitudes y en otros tiempos, y si va haber cambios, que sean corrigiendo el error de fondo: la medicina es una profesión de servicio; no un negocio. Si los intereses de financieros detrás del cambio, no pueden permitir el regreso a este concepto básico, los resultados no serán los que los humanos deberían obtener, gracias a los grandes adelantos en la ciencia y la tecnología médicas.

## Referencias

1. Wise J. Se eleva la expectativa de vida a nivel mundial. *BMJ* 1998; 6: 204.
2. Terrés SAM. Medicina del tercer milenio. *Rev Med IMSS* 1998; 36(3): 245-52.
3. Savill J. El papel de la biología molecular en la comprensión de las enfermedades. *BMJ* 1997; 5: 171-174.
4. Michel BC, Van Hout BA, Bonsel GJ. Assessing the benefits of transplant services. *Bailler's Clin Gastr* 1994; 89(3): 411-23.
5. Wilson ChB. The impact of medical technologies on the future of hospitals. *BMJ* 1999; 319: 1287-94.

6. Dowie R, Langman M. Staffing of hospitals: future needs, future provision. *BMJ* 1999; 319: 1193-95.
7. Rodwin MA. Conflict in managed care. *N Engl J Med* 1995; 332(9): 604-07.
8. Frankel T. Fiduciary law. *Calif Law Rev* 1983; 71: 795-836.
9. Mariner WK. Business vs Medical ethics: conflicting standards for managed care. *J Law Ethics* 1995; 23: 236-46.
10. Kassirer JP. Managed care and the morality of the marketplace. *N Engl J Med* 1995; 333(1): 50-2.
11. Feldman D et al. Effects of managed care on Physician-Patient relationship, Quality of care, and the Ethical Practice of Medicine: A physician survey. *Arch Intern Med* 1998; 158(15): 1626-32.
12. Li J. The Patient-Physician Relationship: Covenant or Contract? *Mayo Clin Proc* 1996; 71(9): 917-18.
13. Glass RM. The Patient-Physician relationship Focuses on the Center of Medicine. *JAMA* 1996; 275(2): 147-8.
14. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care. *JAMA* 1995; 273(4): 323-9.
15. Crowsaw R, Rogers DE, Pellegrino ED et al. Patient-physician covenant. *JAMA* 1995; 273: 1553.
16. Iglehart JK. The American Health Care System-Expenditures. *N Engl J of Med* 1999; 340(1): 70-6.
17. Robinson JC. HMO market penetration and hospital cost inflation in California. *JAMA* 1991; 266(19): 2719-23.
18. Hirschfield EB. Should third payors of health care services disclose cost control mechanisms to potential beneficiaries? *Seton Hall Legislative Journal* 1990; 13: 115.
19. Woolhandler S, Himmelstein DU. The deteriorating administrative efficiency of the U.S. Health Care System. *N Engl J Med*. 1991; 324(18): 1253-58.
20. Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and Administration at For-Profit and Other Hospitals in the United States. *N Engl J Med* 1997; 336(11): 769-74.
21. Patiño Retrepo JF. Reforma y crisis de la Salud. Ley 100 de 1993, Academia de Medicina de Colombia, 1999.
22. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med* 1999; 340(14): 1131-6.
23. Hillman AL. Financial incentives for physicians in HMOs: is there a conflict of interest? *N Engl J of Med* 1987; 317: 1743-8.
24. Rodwin MA. *Medicine. Money and morals: physicians' conflict of interest* New York; Oxford University Press, 1993.
25. Johnson J, Mitka M. Managed care maelstrom. *American Medical New*, July 25, 1994: 1.
26. Angell M. The doctor as a double agent. *Kennedy Inst. Ethics J* 1993; 3: 2279-86.
27. Laurell AC. Health Reform in Mexico: The promotion of inequality. *Int J Health Serv* 2001; 31(2): 291-321.