

La bioética y la medicina administrada

Ma. Luisa Brain Calderón *

Rafael Sánchez Cabrera ‡

La atención a la salud es multisistémica y transdisciplinaria, es esencialmente vocacional y su misión consiste en poner al servicio de los seres humanos necesitados de preservar y recuperar su salud física, mental y social, los recursos necesarios para el logro de esos objetivos. Para lo cual el paciente acude libremente, poniendo a disposición su persona, su voluntad, sus propios recursos y a través del consentimiento informado las decisiones pertinentes al cuidado de su salud, que deben ser propuestas por el médico y aceptadas por el paciente.

Los avances científicos y tecnológicos han permitido mejorar la capacidad de diagnóstico y tratamiento, a un costo económico espectacular y siempre ascendente.

El derecho de todo ser humano a acceder a esos costosísimos recursos para la atención a la salud, ha obligado a buscar financiamiento para darle cumplida satisfacción a través de seguros privados y gubernamentales, así como a una mayor restricción al gasto en salud pública.

Por otra parte, la creciente concientización de la ciudadanía en relación con su posibilidad de exigir su derecho a la salud, con calidad y oportunidad, por vía de la demanda legal, así como la reparación de daños físicos y la indemnización por daños morales, ha ejercido en los países del primer mundo una presión incontenible en las finanzas y en los recursos institucionales y privados para la salud.

Ante estas circunstancias, en Estados Unidos de América surgieron los modelos de Medicina Administrada, conceptos como *managed care* o hipótesis como la de limitar las prestaciones, siendo el factor edad uno de los criterios utilizados. Se advierte además, sobre la dificultad de mantener las pensiones a partir de la segunda o tercera

década del próximo siglo, debido al continuo envejecimiento de la población.

Callahan considera poco posible proporcionar en el futuro, una asistencia sanitaria completa. Esto hace pensar que sería necesario restringir en personas muy mayores el uso de la tecnología avanzada respetando el acceso a otros servicios sanitarios.

Igualmente, se analiza el criterio de la lista de espera basado en el principio de "primero llegado, primero servido", que puede atentar directamente contra el principio de justicia.

Se plantea asimismo, la necesidad de desarrollar nuevos modelos de atención médica y nuevos programas que faciliten el cambio de redes sencillas de servicios a planes de salud, lo que dificulta en muchos casos la accesibilidad al servicio y el otorgamiento de una atención médica pronta y expedita.

Se dice también que la mejor práctica médica resulta de una mejoría continua y sustentable de la calidad. Este proceso requiere medidas sistemáticas y dinámicas de los procesos actuales de atención, dirigidos a reducir la variabilidad clínica y los costos, en tanto que se mantiene la calidad y la satisfacción del paciente.

El pensamiento actual acerca del manejo adecuado de la enfermedad dice que éste se logra a través de la aplicación dinámica de estos principios. Por lo que es preciso mirar retrospectivamente al concepto de calidad total, adoptado por la industria, para aplicarlo al manejo de la enfermedad dentro de un sistema de salud.

La literatura médica sugiere estrategias para mejorar los resultados y la efectividad y, tiende a caer en una o varias de las siguientes seis áreas: el uso de la medicina basada en evidencias, la salud planificada, la reorganización de los sistemas de práctica médica, el apoyo a la mejoría del paciente por automanejo, el mayor acceso a expertos y, una mayor obtenibilidad de la información clínica. El reto es organizar todos o el mayor número de estos componentes en un sistema integrado de atención médica.

El manejo de la enfermedad cubre al paciente a lo largo de su total evolución, afectando a los proveedores de salud y terceros pagadores. Lo que requiere del manejo estructurado de los cambios en muy grandes poblaciones.

* Jefa del Departamento de Trabajo Social, INER y Académica de la UNAM.

‡ Jefe de la División de Medicina Interna, CMN 20 de Noviembre del ISSSTE y Presidente del Comité de Ética de la Asociación de Medicina Interna.

El concepto de administración de la atención a la enfermedad ha permanecido controversial, primero a causa de que su efectividad aún no está probada, y segundo porque solamente los resultados económicos son considerados; lo cual, plantea problemas éticos, como la selección reductora de poblaciones que van a acceder a los servicios y la toma de decisiones para la asignación de recursos, que no siempre están normadas por el mandato ético de atender primordialmente al bienestar del paciente.

Esta tendencia afecta a los grupos mayormente vulnerables, como los enfermos crónico-degenerativos, a los enfermos terminales, los de extrema pobreza y las personas mayores.

Las condiciones patológicas más necesitadas de una nueva estrategia de manejo administrativo incluyen enfermedades de alto costo y de larga duración, las de manejo complejo y las que se manifiestan a lo largo de la vida del paciente.

Tales programas requieren de la participación de equipos multidisciplinarios, con una educación intensiva a los pacientes y a las familias, así como la promoción de cambios en las actitudes de los médicos, en áreas clave a las que deberán enfocar su atención de manera prioritaria. Como es el caso de la hipertensión arterial, de la diabetes mellitus, del asma, de las enfermedades malignas que transitan por un estado terminal más o menos prolongado, de las enfermedades neurológicas y musculoesqueléticas altamente incapacitantes, y de las crónicas degenerativas como la enfermedad de Alzheimer y la artritis reumatoide, entre otras.

El avance tecnológico y científico no debe estar reñido con el concepto de la dignidad del ser humano. El derecho a una vida con toda la lucidez posible y una muerte digna, retan a plantear el problema de la práctica clínica en personas que están viviendo su propia muerte.

Entonces la medicina paliativa adquiere toda su relevancia, cuando ya no se puede ofrecer tratamiento curativo y se recurre sabiamente a remedios que proporcionan alivio y consuelo al mismo tiempo que confort, serenidad y dignidad.

Es evidente la necesidad de dotar a los profesionales de la salud de una adecuada formación científica y técnica, pero mayormente humana, capacitándolos para enfrentar este tema, cambiando ideas y actitudes sobre la muerte, aceptando que la condición mortal es parte de la vida misma.

La problemática aquí descrita y su análisis ponderado conducen a la conclusión de que es preciso aplicar los imperativos morales de la Bioética que deberán fincar en tres preceptos básicos secuenciales, primero: el bienestar de los pacientes, con la guía fundamental de una excelente calidad de la atención médica, dentro del mayor respeto por la vida. Segundo, que las necesidades emocionales y espirituales del paciente deben ser respetadas y consideradas no menos que las necesidades físicas del mismo. Tercero, que el equipo transdisciplinario de salud deberá aportar disciplina, compasión, conocimiento y habilidades, para afrontar estas obligaciones y constituirse en estudiosos de por vida.

Esto se satisface de mejor manera reforzando su moralidad para confrontar la problemática que se expresa a través de las presiones ejercidas por la medicina administrada, entendida no como un servicio, sino como un negocio.

Mientras más sensibilidad moral posea el médico y demás profesionales de la salud, mejor podrán confrontar los aspectos difíciles de la medicina, aceptando que son miembros de una comunidad ética dedicada a algo muy superior a sus propios intereses.

En estas tareas se expresa mayormente la sensibilidad de los trabajadores sociales a los más altos valores humanos como son la afectividad y el concepto de la dignidad del ser, la transitoriedad de la vida, el sentido de la muerte, y el respeto a los derechos de la condición humana.

Con el propósito de afrontar de manera integral los dilemas de la práctica médica, de la enseñanza y de la investigación, deberá recurrirse a la formación de comités de ética médica y bioética en toda unidad de salud, que cumplan con funciones de asesoría y de dictamen, en apoyo a la toma de decisiones preventivas y correctivas, al arbitraje en los casos de conflicto entre proveedores y usuarios, así como a la asignación de recursos, la que estará basada en criterios médicos, administrativos y políticos, en ese orden.

De no menos importancia será la educación y la capacitación permanente del personal en el conocimiento y la práctica de la ética profesional al servicio de la salud.

Deberá quedar muy claro que es necesario volver la vista al humanismo que, lamentablemente hemos olvidado ante el embate de la modernidad.

Y finalmente, tener presente que ante el alto costo de la atención médica y la menor disponibilidad de recursos, se impone la consideración de los aspectos económicos y de financiamiento de la atención a la salud, integrando modelos que garanticen la máxima calidad con la mayor economía, en el menor tiempo, siempre dentro de los preceptos éticos de beneficencia para el paciente a plena satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lolas F. *La bioética en el contexto de los programas globales de salud*. Programa regional de bioética. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.: E.U.A., 1999.
2. Instituto de Bioética, Fundación de Ciencias de la Salud. *Economía y salud: La financiación del medicamento*. Madrid, 1993.
3. Instituto de Bioética, Fundación de Ciencias de la Salud. *Bioética: Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid, 1996.
4. Instituto de Bioética, Fundación de Ciencias de la Salud. *Alternativas a la gestión centralizada de centros y servicios sanitarios*. Madrid, 1995.
5. Instituto de Bioética, Fundación de Ciencias de la Salud. *La responsabilidad de médicos y centros hospitalarios, frente a los usuarios de la salud pública y privada*. Madrid, 1993.
6. Jones MH. *The management dilemma of the mildly abnormal smear: fact or fiction?* Ann Acad Med Singapore 1998; 27: 666-670.
7. Ward FM, Bodger K, Daly MJ, Heatley RV. *Clinical economics review: Management of inflammatory bowel disease*. Alimen Pharmacol Ther 1999; 13: 15-25.
8. Soberón AG, Valdés OC, Frenk J. *Economía-Bioética y salud*. Memorias de la Jornada de Actualización de la Bioética en los Servicios de Salud. Academia Nacional Mexicana de Bioética. México, 1995.