

CAMBIOS EN LA RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES MÉDICOS Y SOCIEDAD

Dr. Carlos Gómez Haedo*

A) Cambios en la profesión médica y los médicos

1) Repercusión de hechos ocurridos en investigación médica

Estos si bien sucedieron especialmente en países del primer mundo en sus comienzos, tuvieron amplia repercusión en todos los restantes.

En Alabama, EE.UU. desde 1932 a 1972, se desarrolló un proyecto de investigación de la evolución de la sífilis, en una población pobre y de raza negra, cuando en 1940 se había descubierto la penicilina. En esta experiencia se resolvió continuar sin interrumpir su realización a pesar de las nuevas circunstancias que creó el

descubrimiento, lo que produjo indignación en la sociedad y se penalizó a los médicos.

En 1963, a un grupo de pacientes judíos internados en un hogar para enfermos crónicos se les inyectaron células cancerosas para verificar sobre vida en no cancerosos. Ello terminó, como era de esperar, en alarma pública y se retiró la licencia profesional a los responsables.

En 1967, en una escuela para niños con retardo mental en Nueva York, se realizó una experiencia inyectando el virus de la hepatitis A con un consentimiento informado mal realizado y coaccionado. Estos son algunos de los ejemplos registrados en la década de 1970.

A raíz de todos estos hechos se creó el National Research Act en 1974, para proteger a los sujetos sometidos a investigación.

También apareció en EE.UU. el Movimiento en Defensa del Derecho de los Pacientes.

En Uruguay, en el Ministerio de Salud Pública actual, se le encomendó a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud que preparara un anteproyecto de creación de un Comité Nacional de Ética de la Investigación.

Se trabajó con un anteproyecto que había comenzado a preparar un anterior Ministerio a iniciativa del ex decano de la Facultad de Medicina, Dr. Eduardo Touyá, que ocupaba el cargo de director de Salud en ese entonces

Este Ministerio aprobó un Decreto Ley que se está reglamentando actualmente.

2) Cambio de paradigma en la salud y aspectos relacionados con la antigua relación médico-paciente

La medicina y las ciencias de la salud han experimentado cambios relevantes a través de la historia.

Inicialmente el paradigma fue de tipo mágico religioso, habiendo evolucionado, pasando por el natural-vitalista griego, el religioso teocéntrico-medioeval, el científico-biologicista de fines del siglo XIX, y a mitad del

siglo XX, se ingresa al de tipo social luego de la Segunda Guerra, habiendo sido adelantado este paradigma por Virchow a fines del siglo XIX y comienzos del XX.

En 1948 se redacta la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. En ella aparece el Derecho a la Salud junto a los Derechos Sociales y ambientales como una segunda generación. Por ese cambio la salud es ubicada dentro del gran movimiento de la seguridad social.

Por ello la salud es ubicada junto al derecho al trabajo, la educación, la vivienda, la alimentación y la seguridad.

A su vez la relación médico-paciente se ha transformado por los mismos motivos en lo que algunos definen como relación clínica o relación sanitaria.

En realidad, es una relación que ya no es exclusivamente médico-paciente, sino equipo de salud (médico incluido) usuario (o paciente)-familia-comunidad.

En realidad el médico es líder natural en el equipo, pero su papel no es único. Se integra en el equipo y a su vez ya no es una relación vertical sino horizontal. Ha dejado de ser el patrón para en vías de una organización más democrática ser un integrante muy importante de un equipo.

Pero es un hecho fundamental, no incorporado por la profesión en

su real dimensión: no es ni el centro ni el objetivo principal en la salud.

El objetivo principal es el usuario, a quien debe preservar su salud y cuando esta se resiente cumplir su labor asistencial.

Siendo la salud un derecho, el médico como líder del equipo de salud debe vigilar el cumplimiento del mismo, lo que es una tarea de servicio al individuo y a la comunidad.

El “poder médico” de comienzos de siglo debe ser sustituido por el poder ciudadano o de la comunidad.

Por otra parte, todos los gremios de la salud deben cumplir los mismos fines, y por lo tanto esto significa, admitiendo sus particularidades, que lógicamente deben existir límites en el ejercicio de su poderío.

Nadie puede dudar que no es lo mismo un paro en una fábrica de embutidos que en un servicio de sanidad. Esto no ha sido, en los últimos tiempos, una característica verificable en el accionar de los mismos.

Algunos se han erigido en objetivos fundamentales y no en servidores del derecho a la salud. Esto no significa desconocer los aspectos genuinos de las reclamaciones salariales o económicas.

También hay que reconocer que en la profesión médica muchos han influido para el deterioro de la visión que la sociedad tiene de nosotros. Existen personas que mantienen un concepto científico-biologicista,

cuando se ha evolucionado hacia un marco de referencia social. También han recortado el viejo concepto de la relación médico-paciente, esa relación singular de Duhamel.

Consideran al médico en forma exclusiva y olvidan al resto del equipo o dan trascendencia solamente a los aspectos científico-técnicos, ignorando el contenido humano de dicha relación y la importancia de la empatía, así como también omiten el aspecto relevante de la bioética.

En sentido opuesto a esta posición, en el Sistema Nacional Integrado de Salud se aplica un criterio de calidad que ha incorporado los cambios conceptuales de la salud.

Se basa en un concepto de bien público, reconoce a la salud como derecho humano fundamental y obliga al Estado a garantizar el mismo.

Los gremios médicos y de la salud han aprobado en general dicha concepción.

Pero al mismo tiempo se ha aprobado un criterio de calidad agiornado que comprende no solo la calidad técnico-científica sino también la calidad humana (psicológica-afectiva de Laín Entralgo), y la calidad bioética.

Esto significa un profundo y real cambio cultural no siempre comprendido en su significado, incluso por muchos que se sienten vinculados al plan y a los cambios.

Las distintas leyes aprobadas en este período (Ley 18211, Sistema Nacional Integrado de Salud; Ley 18336, Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud; Decreto 379/08 del Poder Ejecutivo, Investigación en Seres Humanos; Ley de Voluntad Anticipada consagra la obligación de constituir comisiones de bioética en los distintos efectores del sistema sanitario.

A su vez, en abril del 2005 se designó por un decreto del Poder Ejecutivo la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud, diríamos de tipo central, y que funciona desde entonces en el Ministerio de Salud Pública. Todo ello va a permitir la reflexión sobre el tipo de atención que se está brindando, constituyéndose en la mejor forma de supervisar la calidad y de prevención de la mala praxis.

3) Influencia del pensamiento capitalista y neoliberal. Se pretende que la educación y la salud sean servicios sujetos a las leyes del mercado

En América Latina los ejemplos son numerosos.

Había triunfado el Managed Care en EE.UU. que aportó elementos positivos en administración creando las llamadas HMO como efectoras contratadas por seguros privados.

Pronto, aquellas que no se dedicaban a lograr ganancias, fueron desplazadas o sustituidas por las que tenían ese objetivo. En una etapa que sucedía a la anterior se realizó la transnacionalización de las mismas para aumentar dichas ganancias. Así se produjo la compra de obras sociales en Argentina y cambios semejantes sucedieron en Chile y Brasil. Los usuarios eran definidos como clientes.

Se compraban fondos colectivos y efectores del tipo prepago para colocar fondos de pensiones y para lograr ganancias. Se estudiaba para ello el mercado internacional y se elegían los lugares estratégicos: así, fondos originarios de EE.UU. podían ubicarse en Latinoamérica o en Europa.

También se usaba privatizar algunos sectores, por lo que Kieffer hablaba, refiriéndose a Suiza, de la mcdonalización de la medicina.

Los bancos mundiales otorgaban préstamos para asesorar en este tipo de emprendimientos.

En nuestro país el gran desarrollo de las mutualistas y de las cooperativas de producción sanitaria impidieron el triunfo de este pensamiento único o dominante, pero se produjeron distintos sesgos en el desarrollo de las mismas.

Tal es el caso de las tercerizaciones de algunos servicios o el mantenimiento privatizado de la radiología, o de los laboratorios, la radioterapia

oncológica, la cirugía estética y en forma más vergonzante la cirugía oftalmológica.

En el Ministerio de Salud Pública actual, que está encargado de instalar el nuevo sistema de salud, se plantea que ciertas técnicas de gran valor económico comiencen por el sector público, como es el caso del PET, y que diversas tecnologías sean compartidas entre el sector público y el privado.

Justamente, el arraigo y el papel de defensa de los servicios de salud que cumplieron tanto las mutualistas como las cooperativas de producción sanitaria explican el carácter estratégico que significó el hecho de incorporarlas para integrar el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

4) Cambios en el gremio médico

Me refiero más al Sindicato Médico del Uruguay (SMU) que ha tenido una influencia creadora y generadora de los cambios en el llamado subsector privado en el sistema sanitario.

Es así que las cooperativas de producción sanitaria surgen en el sector médico agremiado en el SMU, a raíz de la creación del Centro de Asistencia Médica del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Allí se da una salida histórica a los cambios, pasando de la medicina liberal clásica a una forma asociativa sin fines de lucro, y símil aunque jurídicamente no sea

una verdadera cooperativa, la que competirá con el mutualismo.

Incorpora los principios de la profesión organizada y su ética, brindando las nuevas tecnologías y los cambios en el sistema de salud ocupado por el sistema estatal o público para los pobres y el mutualismo que se organizaba con bajo nivel profesional.

Allí los profesionales sacrificaron “sus clientelas privadas” y las instaron a incorporarse a la nueva cooperativa médica íntimamente unida al SMU.

También se adelantó históricamente al incorporar un primer nivel en la salud con la creación de los médicos de zona así como enfermería universitaria y tecnólogos médicos.

En 1951, la Universidad reformista dirige los cambios, en especial en la formación de recursos humanos: nurses, especialistas surgidos en la Escuela de Graduados, tecnólogos médicos, nutricionistas, etcétera. También son introducidos los nuevos niveles que adopta la medicina, en el Hospital Universitario, como son la medicina intensiva, cuidados intermedios y moderados.

El SMU, que abarcaba al comienzo todo el país queda localizado en Montevideo, y la Federación Médica del Interior (FEMI) se organiza en el resto, también con la incorporación de cooperativas de producción sanitaria.

Después de la dictadura que padece el Uruguay desde 1973 hasta

1985, surgen cambios importantes en aspectos gremiales y el subsector privado ahora es llamado de las IAMC (instituciones de asistencia médica colectiva)

Incluye mutualistas y cooperativas de producción sanitaria (en realidad no eran, como vimos, verdaderas cooperativas sino asociaciones sin fines de lucro).

Se prohíben las asociaciones de tipo gremial, como era previsible, durante la dictadura, pero persiste el CASMU que había sido intervenido.

Todas inmersas en la contradicción que significaba el aumento incesante de las tecnologías en el área de la salud con un costo de importación de equipos y medicamentos alto, así como con la necesidad de asimilar progresos en los centros de internación y el mantenimiento de cuotas, en lo posible accesibles en un régimen de prepago, aunque con convenios con motivo de estimular ingresos.

Ello hace que en Montevideo existan déficit presupuestales hasta de 10% en numerosas IAMC (informe de 1986 del contador Elola). Como resultado cierran numerosas mutualistas y cooperativas médicas.

Pese a ello en el sector político se marca la influencia del pensamiento neoliberal dominante y al no existir un pensamiento nacional y responsable, se asiste al pasaje de un número

excesivo de ministros de Salud Pública que desfilan sin orientación.

Era otro, como lo reconoció algún titular, el interés prevalente.

Simultáneamente el SMU sufría cambios y estos no estaban de acuerdo con un futuro de progreso.

Se asistía a la priorización de intereses sectoriales.

Así nace la Sociedad Anestésico-Quirúrgica, que incluso otorga el manejo de su gestión administrativa a una empresa privada especializada.

Logran progresos sectoriales manteniendo la pertenencia a la gremial madre, el SMU.

Se logran progresos en el área económico salarial a través del pago por acto médico.

Se trata de una forma de pago diferente del resto de los profesionales y también esto es conocido por la población, que ya no es cliente sino usuaria.

Hay que reconocer que durante mucho tiempo sus retribuciones eran exiguas y eso gestó una salida unilateral y que no contribuyó a aumentar el respeto de la población, sobre todo si se asocia a medidas gremiales inconsultas y que crearon alarma en la misma población.

Asimismo, por distintos motivos (económicos, sociales, de mejora de gestión) se plantea la necesidad de separar la matriz gremial SMU de la organización asistencial representada por el CASMU.

Es evidente que se vive un cambio histórico fundamental, y que si en 1935 había sido necesario para mantener una línea de principios histórica y de real profesionalismo médico, las circunstancias habían cambiado al aprobarse el Sistema Nacional Integrado de Salud que en los hechos sustituía la vigilancia por la profesión por la vigilancia de la sociedad. Todo esto además en un sistema que introduce en el gobierno, además de los trabajadores, a los usuarios, que como vimos constituyen el objetivo y por lo tanto se transforman en potenciales orientadores y supervisores de la nueva organización.

La nueva organización, que independiza el CASMU del SMU, fue consultada en plebiscito y aprobada por el gremio.

Quizá el argumento fundamental y que pensamos inclinó más la balanza hacia el cambio fue el de la crisis económica que estaba viviendo la institución, pero conceptualmente, se substituyó lo que Kant, en cita del profesor Langón, definió como “el uso privado de la razón” por “el uso público de la misma”.

Se resolvió pasar de una institución sin fines de lucro, pero funcionando íntimamente ligada a la gremial médica, a una institución organizada y dirigida a los intereses generales de la sociedad.

El tema de fondo es si se construye la nueva organización inspirada en

la competencia o se la organiza con la convicción de que el centro sea el usuario y no el personal del servicio de salud.

Una vez más se trata del litigio entre el uso público de la razón o el uso privado de la misma.

Otro aspecto a señalar es si se establece el concepto de calidad, que surgió precisamente en el CASMU en 1991, y ahora se ha incorporado al Sistema Nacional Integrado de Salud. En él la calidad se expresa por la calidad técnico-científica, la calidad humana y los aspectos bioéticos sumados.

Sin que exista una integración de los tres planos no puede sostenerse una buena calidad.

Dentro de esa concepción pueden admitirse como índices la accesibilidad, continuidad asistencial, competencia profesional (incluida la educación médica continua), seguridad, eficacia, eficiencia, desarrollo de la atención primaria, así como el confort del usuario.

Es válido también el concepto de Donabedian de análisis de estructuras, procesos y resultados.

Para muchos profesionales el desafío significa la posibilidad de progreso y mejora de una institución original, de tipo asociativo y sin fines de lucro; o si la misma se transforma en una organización, que puede ser de buena gestión pero no al servicio de los principios y valores tradicionales

de la profesión y ahora como nunca con un sentido social predominante.

5) La sociedad en que se desarrollan los cambios y su influencia

La sociedad contemporánea occidental, capitalista y neoliberal, tiene como meta el crecimiento (que no es sinónimo de desarrollo), y ha ampliado al máximo la cultura del consumo, no importando el contenido o las repercusiones. No se establecen límites o condicionamientos. Así se ha señalado que se consumen alimentos pero también, como sostiene Álvaro Rico, “sucede lo mismo con las cosas de usar e incluso de mirar el propio consumo de imágenes es solo una extensión del proceso digestivo. Estamos ininterrumpidamente consumiendo imágenes, consumiendo simulacros dobles o copias de las cosas que acaban convertidas por un perverso efecto especular en los originales que todos queremos imitar”.

Antes Rico sostiene: “Por lo tanto, esta descomposición del sujeto colectivo tiene que ver con procesos materiales asociados a la mercantilización general de la existencia y a la aceleración de la renovación de las mercancías, en particular de las mercancías visuales que es un concepto en el cual no se insiste suficientemente en mi opinión”.

Es conocido que el crecimiento sin límites puede llegar al daño pla-

netario y al de los seres vivos, incluidos los seres humanos.

Un caso muy especial, en cuanto al consumo de las imágenes como componente de una realidad que se puede conocer como virtual, es la discusión reciente en la campaña electoral uruguaya sobre la necesidad o no de un debate. Parece muy claro, aparte de la posibilidad o no de obtener una ventaja adicional en el caso de los ubicados últimos en las encuestas, que el concepto de competencia e incluso de consumo de imágenes predomina sobre lo conceptual o racional: no se tiene en cuenta que los programas ya se han mostrado o discutido, y que factores personales que favorezcan o no las exposiciones y que pueden ser circunstanciales pueden influir siendo absolutamente secundarios.

Incluido en este mundo el usuario sigue pensando o sintiendo como cliente y no siempre como ciudadano consciente y responsable en el tema salud.

El Dr. Félix Rígoli, en un intercambio que tuvo con la Comisión de Ética y Calidad de la Atención de la Salud del CASMU, nos refería las diferencias que existían entre el consumo en el mercado y el cliente que concurría a un servicio de salud.

a) El usuario –en el consumo, cliente– no siempre tiene razón.

A veces suele consultar directamente en emergencia (para ahorrar tiempo) o consulta al especialista que

considera indicado en su caso. Pide consultar, por un dolor torácico a un reumatólogo y se trata de un angor. A veces por consultar en emergencia, no tiene continuidad en el abordaje etiológico. O como ha sucedido en casos muy divulgados, que terminan por ser rotulados de “mala praxis”, se consultan en subsistemas eferentes sanitarios distintos. Tal fue el caso MC del Hospital de Clínicas, en que existieron tres efectores distintos consultados sucesivamente.

b) Otro hecho que también es gravitante como en la industria y el comercio es el de calidad total.

En el equipo de salud el usuario va pasando por distintos niveles o eslabones que van teniendo contacto con él.

Si se trata del primer nivel aparecen dejando su marca desde el portero del consultorio o de una policlínica, luego el empleado al que solicita información o solicita hora, el personal de enfermería y el médico, pero también puede ser el tecnólogo del primer nivel. Si, en el sanatorio, desde el personal de emergencia a todos los distintos componentes de los sectores intervinientes que en este caso van a ser más numerosos.

Las faltas sucesivas se pueden sumar pero siempre en ellas el médico responsable de la atención tendrá un papel primordial.

En nuestra concepción podrán existir fallas científico-técnicas, de

contenido humano (psicológico-afectivas) o bioéticas.

Un manejo cuidadoso de la relación médico-paciente y de la relación enfermería-paciente, así como de los otros eslabones asistenciales, contribuirán a construir un nivel de atención respetable científicamente y además digno y humano.

c) En cuanto al uso de la tecnología, mientras que en el caso de la industria y el comercio la tecnología es sustituida por la última incorporada, en el caso de la salud en general las tecnologías se van sumando. Si tomamos el ejemplo de la radiología tenemos que a la radiografía simple se le suman la tomografía, la resonancia magnética y ahora el PET.

En la especialidad cardiológica tenemos la electrocardiografía, el Holter, el electrocardiograma de esfuerzo, y el centellograma para llegar a la cineangiocoronariografía por cateterismo cardíaco.

Esto ha significado el aumento de costos que en general no pueden ser absorbidos individualmente por el usuario.

Esto explica por qué se ha considerado al médico manejando su recetario en forma responsable en un verdadero sostén de los sistemas sanitarios.

Por ello el paciente, que responde a una sociedad de consumo y a su cultura, aspira y en cierta forma llega a exigir un examen que no por ser

más nuevo y más costoso es el más indicado en su caso.

La experiencia y el concepto clínico del profesional deben tener preeminencia para la selección y la oportunidad de los exámenes.

d) Otro hecho que ha influido significativamente en la confianza de los usuarios en relación con los servicios de salud es la comprobación de la mala praxis.

A su vez, existen dos elementos que influyen en la forma en que se maneja este real e importante problema.

1) Existe un déficit claro en la relación médico-paciente, ahora equipo de salud-paciente-familia-comunidad.

Este déficit se expresa a menudo en la retracción del usuario que se siente considerado como un número y no como persona y como tal con sus derechos y obligaciones.

Esa retracción lleva a la desconfianza y ella altera aun más la interrelación con el equipo de salud.

2) Los medios de comunicación con su gran desarrollo han tomado como tema especialmente redituable el de la mala praxis.

Coincide con la forma en que se ha erigido también el tema de la inseguridad ciudadana, debido al aumento de la criminalidad en nuestros países.

Es un tema de difícil manejo, pues no puede ser ocultado, lo que sería una hipocresía.

Tampoco puede ser analizado creando alarma pública. Esto iría más allá de realizar un efecto puramente descriptivo, repercutiendo en los subsistemas de salud y deteriorando aún más la confianza pública en los mismos.

También va unido a una crisis laboral de la abogacía que implica la creación de otra especialidad dentro del sistema laboral de cultura que nos rodea.

También esa especialización empieza a tomar iniciativa, buscando convencer a los indecisos para que se animen a iniciar acciones judiciales.

La mala praxis que implica un mal manejo de la relación médico-paciente por ignorancia, impericia o negligencia, debe ser controlada por la educación o el desarrollo médico-profesional continuo, así como por la acción preventiva de las comisiones de bioética y calidad que manejan el contenido humano, el técnico-científico y el bioético.

Un Sistema Nacional Integrado de Salud que ha sido capaz de incorporar estos conceptos en la medida que los pueda desarrollar será capaz de cambiar esta realidad cultural.

No debemos olvidar que sucesivamente se han aprobado distintas leyes que pueden contribuir a mejorar la situación.

Tal es el caso, además de la propia creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, de la Ley de Voluntad Anticipada, del Decreto-Ley que crea la Comisión Nacional de Ética en Investigación, y del Decreto que crea la Comisión de Seguridad del Paciente.

3) En relación con el tema de la Seguridad del Paciente debemos señalar que el Dr. Homero Bagnulo planteó el tema que dio origen al Decreto-Ley del Ministerio de Salud Pública.

El mismo señalaba en Jornadas sobre Bioética organizadas por la Comisión de Bioética y Calidad del Ministerio de Salud Pública el 2-3 octubre del 2009, que existe una clara vulnerabilidad del ejercicio médico al error; que en EE.UU. se relataban 44.000 a 98.000 muertes por errores.

Que ocupaban el puesto número 8 como causa de muertes, superando a las muertes por accidentes automovilísticos y accidentes laborales y aéreos.

Los errores, según el Dr. Bagnulo, podrán variar de acuerdo a los controles de calidad, la investigación, aspectos éticos, la legislación, su regulación, o el grado de judicialización.

El Uruguay ha iniciado un camino de reformas que no puede tener marcha atrás.

Se ha planteado una modernización pero enraizada en sus propias tradiciones nacionales y en un profundo contenido humanista.

A ello debemos agregar la recientemente aprobada Ley de Colegiación Médica tan buscada y solicitada por gremios médicos y convenciones médicas.

En relación con este tema recordamos la presentación del proyecto del Dr. J. Praderi de creación de la Orden de los Médicos y de la iniciativa del Dr. J.P. Cardoso; la primera en la Convención Médica y la segunda en el Parlamento, la que fue retirada al conocer la del Dr. Praderi (1949).

Para que estos cambios se realicen es fundamental el apoyo de la Universidad, del Ministerio de Salud Pública, y de los distintos gremios que intervienen en el tema de la salud.

Pero por encima de ellos es fundamental la participación del pueblo que debe defender sus derechos basados en el "uso público de la razón".

Es de esperar que todos estén a la altura de sus responsabilidades para no frustrar las esperanzas del país.

***Médico. Presidente de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud en el MSP**

