

PARA PUBLICAR- DE EDGAR CABAL QUICENO

MEDICINA, ETICA Y REFORMA DE LA SALUD  
HACIA UN NUEVO CONTRATO CON LA PROFESION MEDICA

Dr. Ramón Abel Castaño

El tema que trataré no es un tema fácil; es tal vez el tópico más sensible que en la actualidad enfrentan nuestros colegas, no solo en la convulsionada Colombia con su joven reforma a la salud, sino en casi todos los países del mundo, en cualquier sistema político y económico; es el tema de los cambios radicales que se vienen dando en el modelo tradicional de práctica médica, basado en la ética hipocrática.

Para mi presentación extraeré puntos clave que he desarrollado mas ampliamente en mi trabajo recientemente publicado y que lleva por título el mismo de esta ponencia (Castaño, 1999); este trabajo fue el resultado de una concienzuda reflexión a la que dediqué buena parte de mi entrenamiento en la Escuela de Salud Pública de Harvard, y que intenta acercar la perspectiva del economista y la del médico, perspectivas éstas que se encuentran perniciosamente enfrentadas al menos en el contexto colombiano. Desde luego que no es tarea fácil hacer coincidir estas dos perspectivas, pero pienso que es mucho más fructífero buscar los puntos coincidentes que ahondar las diferencias entre ambas; los condicionantes económicos actuales de la práctica médica no pueden ser menos que simplemente descritos por el economista y su mensaje no puede ser confundido con su intención: sería como culpar al mensajero por el mensaje, por decir que dos mas dos no es igual a cinco, aunque tuviera las mejores intenciones de que así fuera. Pero voy a alejarme un poco del abordaje económico del problema, el cual encontrarán ampliamente analizado en mi libro, para centrarme en la perspectiva de la profesión médica y demostrar cómo dentro del mismo marco del profesionalismo es defendible, y además necesario, un cambio de paradigma del modelo hipocrático.

Para tal fin analizaré los siguientes tópicos:

1. El profesionalismo como base de la calidad en la prestación de servicios de salud, y el conflicto que esto genera en el equilibrio entre equidad y eficiencia.
2. El problema de la doble lealtad generado por la presencia de terceros pagadores, y de cómo los conflictos de intereses que de ello surgen debilitan el modelo hipocrático al enfrentarlo a la ética corporativa.
3. La necesidad de que el médico asuma su responsabilidad en la distribución de recursos, como estrategia para conservar su autonomía, pero a la vez la necesidad que esto implica de renegociar el contrato entre la profesión y la sociedad.

De hecho estos tópicos se han venido tratando desde hace dos o tres décadas en otras latitudes, y probablemente en Colombia estemos llegando tarde a la discusión -quizás porque tuvo que ocurrir una reforma radical al sistema para que nos pusiéramos a pensar en serio en esto... Sin embargo, no es tarde para que enfrentemos este debate porque al menos en nuestro contexto patrio tenemos que llegar a resolverlo algún día, y en ello somos nosotros mismos quienes debemos tomar el liderazgo para que los principios fundamentales de la profesión no se vean aún más afectados.

1. El profesionalismo como base de la calidad en la prestación de servicios de salud, y el conflicto que esto genera en el equilibrio entre equidad y eficiencia.

La amplia asimetría de información que existe en la relación médico-paciente, surgida del conocimiento altamente especializado del profesional de la medicina, obliga a éste, como agente, a asumir un rol fiduciario en representación de su principal, el paciente. En consecuencia, el agente asume una responsabilidad que es permanentemente validada en sus relaciones con el principal y que fortalece la confianza entre las dos partes. El agente se compromete a actuar siempre en beneficio de su principal, pero dada la asimetría de información, le garantiza a éste que su comportamiento será controlado y regido por los cánones auto-impuestos de la profesión; aparece el auto-control como factor primordial del profesionalismo y el control por pares como garantía de que alguien con el mismo nivel de información vigilará las actuaciones indebidas del agente. Adicionalmente, para que el profesional actúe como tal, es indispensable que tenga autonomía, pues dado el conocimiento especializado y la característica aplicación de dicho conocimiento en casos individuales con

amplia incertidumbre, el profesional juega permanentemente con resultados esperados y árboles de probabilidades que están lejos de ser estandarizados o de convertirse en un conjunto de algoritmos aplicables por un técnico y que convertirían la profesión en un oficio.

Según lo anterior es evidente que el juicio clínico es un ejercicio profesional por excelencia y que requiere para su completa materialización la autonomía del médico. Este es uno de los pilares fundamentales del profesionalismo, y el profesionalismo es a su vez el pilar fundamental de la calidad en el servicio de salud, tal como lo ha manifestado reiteradamente el Doctor José Félix Patiño, cuando dice que "la calidad de la atención (...) depende fundamentalmente de la idoneidad del médico, o sea de la salvaguarda del profesionalismo de la medicina como elemento insustituible en cualquier sistema de salud." (Patiño, 1999).

Sin embargo, la calidad de los servicios es mucho mas que el fin primordial de una política en salud; en realidad la calidad es parte de un trípode que soporta cualquier política en salud y cuyos otros dos componentes son la equidad y la eficiencia (otros mencionan la eficacia, o la sostenibilidad, pero éstos pueden subsumirse a alguno de los tres mencionados). El énfasis del médico en el pilar de la calidad es una muestra de su formación como agente autónomo del bienestar de su paciente, que también se refleja en su énfasis en el otro pilar del trípode, el de la equidad: desde nuestros primeros días como estudiantes de medicina, nuestra vocación de servicio social y de solidaridad se fortaleció cuando nuestros venerables maestros nos inculcaron el principio de beneficencia: el deber del médico consiste en procurar para el paciente todo lo que su leal saber y entender le dicte, sin importar la capacidad de pago del paciente; de otro lado, el concepto tradicional de equidad en la prestación de servicios dice que cada paciente debe recibir servicios según su necesidad y no según su capacidad de pago, (véase Braveman P, 1996) y se complementa con el de equidad en la financiación de los sistemas de salud, según el cual las personas contribuyen al sistema según su capacidad de pago, sin importar su estado de salud ni sus riesgos futuros.

El médico entiende pues su profesionalismo en términos de ser fiel a estos dos pilares de las políticas en salud: el de la calidad y el de la equidad. Sin embargo existe un tercer pilar que es igualmente importante y sin el cual ninguna política de salud es viable: el de la eficiencia; en este punto me adentro un poco en la perspectiva del economista o del formulador de políticas y me alejo de la perspectiva del profesional. Para quien toma decisiones de política hay un imperativo ético y es el de la justicia en la distribución de los recursos; este imperativo es legítimo como el de la justicia que rige la relación entre el médico y el paciente, que es básicamente una relación conmutativa; es la diferencia que el Doctor Fernando Sánchez Torres plantea entre las decisiones en el macro-nivel y en el micro-nivel (Sanchez, 1998); el principio de la justicia se puede asimilar al de la equidad que mencionaba arriba, pero debe existir un parámetro que oriente las decisiones: si el formulador de políticas se atiene solo al principio de equidad en la prestación de servicios, caerá en la falacia de proveer todo tipo de atenciones, sin importar el costo, a quienes hoy están en un estado mayor de necesidad, pero a sabiendas de que en el futuro los recursos se habrán agotado y no tendrá cómo responder a las demandas de futuros pacientes. Finalmente, siendo que los recursos son siempre escasos frente a las necesidades ilimitadas en materia de salud, el formulador de políticas tiene que priorizar a la hora de distribuir los recursos; la priorización supone inevitablemente restricciones al principio de la equidad, puesto que la distribución debe obedecer a un objetivo de carácter puramente colectivo como es el de lograr el mejor beneficio para toda la sociedad, sea este beneficio el mejor estatus de salud, o el mejor acceso a los servicios, o cualquier otra definición que se adopte democráticamente.

El concepto de eficiencia distributiva está pues irremediamente ligado al de la equidad, y el sutil equilibrio entre estos dos es un reto inescapable que enfrenta cualquier tomador de decisiones a nivel de formulación de políticas. No se puede inclinar la balanza hacia uno de los dos sin afectar al otro: una política altamente equitativa generará tanta ineficiencia que la equidad misma terminaría afectándose en el largo plazo, como lo ilustré anteriormente. La eficiencia distributiva no es otra cosa que el concepto de eficiencia en el gasto que se aplica al comportamiento del consumidor en general, solo que aplicado a nivel de la economía globalmente: el gasto de la economía debe buscar una combinación de bienes y servicios que maximice la utilidad, tal como hace el hogar al distribuir su ingreso entre ciertos bienes y servicios con el fin de obtener la mayor satisfacción posible de sus preferencias o necesidades; un hogar no gasta ilimitadamente en vestuario, porque también necesita alimentarse, tener un techo, y transportarse; igual cosa debe hacer un país, o un sector de la economía; un sistema de salud no debe gastar ilimitadamente en atención curativa, porque también tiene que gastar en prevención y promoción, y en rehabilitación; la combinación de estos cuatro ítems de gasto que genere el mejor estatus de salud de la población general, será la más eficiente; combinación ésta que dependerá del nivel de desarrollo de la población, de su nivel educativo, y del beneficio marginal que el gasto en cada una de ellas aporte en comparación con las otras tres.

Cuando el médico se aferra al pilar de la calidad y al de la equidad en defensa de su profesionalismo, ignorando el impacto que su comportamiento genera en términos de la eficiencia en el gasto de los recursos de salud, está generando un problema que tarde o temprano terminará golpeándolo por la espalda, puesto que el equilibrio equidad-eficiencia dará cuenta por sí solo de ello, dejando al médico tendido en el piso y derrotado con su propia bandera del principio de beneficencia y de la autonomía profesional. Y aquí dejo el punto primero, para retomarlo en el tercer punto, y plantear allí la posible solución a este complicado horizonte que se cierne sobre la profesión. Paso entonces al segundo punto de mi ponencia.

2. El problema de la doble lealtad generado por la presencia de terceros pagadores, y de cómo los conflictos de intereses que de ello surgen debilitan el modelo hipocrático al enfrentarlo a la ética corporativa.

El modelo tradicional de práctica médica que prevaleció por veinticinco siglos, era el de un paciente que acudía a su médico para que éste actuara como su agente y tomara decisiones a su favor, utilizando para ello un conocimiento avanzado pero con total autonomía. Entre estos dos mediaba el honorario, una forma de honrar a quien ponía su conocimiento al servicio del paciente.

Durante la segunda mitad del siglo XX empieza la loca carrera tecnológica que en su espiral alcista de costos desbordó la capacidad de los hogares de enfrentar por sus propios medios los costos de un evento de enfermedad o accidente; aparecieron los seguros como un mecanismo de protección frente a la probabilidad de ruina financiera, y con éstos desapareció de la relación tradicional el problema de la capacidad de pago. Los seguros no hicieron más que acelerar el proceso de encarecimiento de los servicios de salud, pues ya no había limitantes en la capacidad de pago por parte del paciente, generándose los conocidos problemas del riesgo moral y el facilitamiento de la inducción de la demanda.

Puesto que esto no podía seguir indefinidamente así, y dado que ello encarecía inevitablemente los costos del aseguramiento, aparecen los planes de salud integrales, con un control más estricto del gasto médico, control que solo logran los aseguradores mediante incentivos financieros y no financieros para que el médico racionalice el uso de los recursos de que dispone.

Aquí me detengo un instante para reflexionar sobre el aseguramiento; siendo que los individuos previsivos no querían enfrentar la catástrofe financiera que representaría una enfermedad o accidente en el hogar, el surgimiento de los seguros de salud no era más que el paso siguiente y obvio al encarecimiento de los costos de la salud; el aseguramiento es un mecanismo de cooperación entre personas que voluntariamente deciden compartir riesgos y costos, y con ese fin crean los fondos de aseguramiento; en un sistema centralizado o en un sistema de seguridad social como el Colombiano, este mecanismo adquiere una dimensión mucho más global en cuanto cubre proporciones mucho mayores de la sociedad, y representa el reflejo de lo que el Constituyente primario desea y espera de un Estado Social de Derecho que busca siempre el bienestar y el pleno desarrollo del individuo. Los sistemas de seguridad social o los sistemas centralizados de pagador único, no son más que versiones a mayor escala del mecanismo de aseguramiento entre individuos; son estrategias de los gobiernos para responder a su obligación como garantes de un bien meritorio como el de la salud.

Según lo anterior, es evidente entonces que los fondos creados por los mecanismos de aseguramiento, bien sea de nivel nacional o de menor tamaño, son el reflejo de la voluntad de los individuos de protegerse financieramente, y que éstos fondos le pertenecen a éstos individuos exclusivamente; todos y cada uno de los contribuyentes a éstos fondos tienen los mismos derechos puesto que han contribuido de acuerdo a su capacidad de pago, y por tratarse de un bien meritorio reciben de acuerdo a su necesidad.

Pero esta escisión entre la necesidad determinada por el médico y la capacidad de pago determinada por el bolsillo del paciente, no puede convertirse en una amenaza para la estabilidad financiera del mecanismo de aseguramiento; aunque el médico, regido por su ética hipocrática, no debe buscar sino el beneficio de su paciente, esto no lo puede llevar a ignorar el impacto que sus decisiones clínicas tienen sobre los recursos disponibles; el concepto económico del costo de oportunidad tiene en el caso de los servicios de salud una demostración que se cuenta en vidas humanas y en sufrimiento: los recursos que un médico gasta en un paciente ya no los podrá gastar en otro paciente, y ya no estarán disponibles para otros colegas y sus pacientes. Esta enorme responsabilidad ha sido tradicionalmente ignorada por el clínico, y pareciera como si el principio de justicia se aplicara solamente en la esfera de la obligación para con el paciente y desconectado de los demás pacientes. La realidad es que el médico es tan responsable frente a su paciente como frente a los

demás pacientes, y esta responsabilidad se manifiesta en el uso racional que haga de los recursos.

Cuando un sistema de salud utiliza diferentes estrategias para lograr la distribución eficiente de los recursos para salud, está procurando llegar a ese nivel de eficiencia en que el beneficio adicional obtenido con el último peso gastado es igual en cualquiera de las opciones de gasto, lo que en términos económicos se conoce como la maximización en la margen. En el caso colombiano, se han creado unos aseguradores que deben competir entre sí por prestar servicios de calidad con un presupuesto fijo determinado por el pago capitado o UPC. Unos países han ensayado sistemas de mercado, otros sistemas de pagador único, y otros, al igual que nuestro país, sistemas de aseguramiento con intermediarios. La presencia de entidades como las Empresas Promotoras de Salud o las Administradoras del Régimen Subsidiado simplemente obedece a un enfoque según el cual el lucro es un incentivo que impulsa a los intermediarios a utilizar eficientemente sus recursos en un juego de riesgo como es el del aseguramiento. En cualquier otro sistema persiste el mismo problema de lograr la eficiencia pero utilizando mecanismos diferentes: pagando por servicio prestado pero con controles estrictos a la utilización, estableciendo presupuestos globales prospectivos, transfiriendo riesgo a los médicos generales, etc.

Cualquiera de estos mecanismos de distribución de recursos genera el problema de la doble lealtad; la única posibilidad de recuperar la lealtad del médico exclusivamente con el paciente es volviendo a la responsabilidad del paciente por la totalidad del costo de la atención, y es obvio que eso no va a ocurrir. La doble lealtad no es pues un problema generado exclusivamente por el asegurador, sino también por cualquier mecanismo de dispersión de riesgos y costos financieros, cualquiera que sea su escala; y si quedan dudas de ello, baste recordar cómo en nuestro trabajo en instituciones de seguridad social anteriores a la reforma también observábamos protocolos y nos sometíamos a formularios de medicamentos, aunque no tan estrictos como los actuales.

Según lo anterior, el problema de la doble lealtad no sería un problema moralmente cuestionable, sino una consecuencia obligada de la evolución de la prestación de servicios de salud; lo que frecuentemente se critica de este problema es más bien algo que se oculta tras él: fin de lucro, que en Colombia solo se hizo evidente con la entrada de la medicina prepagada en los ochenta, y luego en la seguridad social a partir de 1994. Si el fin de lucro per-se no es lo cuestionable, podría decirse que la ética corporativa de estas organizaciones es un instrumento de la ética distributiva para lograr su objetivo de la eficiencia en el gasto en salud.

Por otra parte, la cuestionabilidad moral del fin de lucro en la intermediación de los servicios de salud empieza a ser discutible cuando se observa que en la prestación de servicios también opera el fin de lucro y también ha generado problemas como el estímulo al crecimiento excesivo de los costos de la salud, al igual que beneficios como el de mejorar la calidad técnica de los servicios institucionales y profesionales; de esto no solo se han lucrado los profesionales como es de esperarse, sino también inversionistas privados que aportan capital para la adquisición de tecnología de punta; la inevitable interrelación que existe entre todos los sectores de la economía hace cada vez menos defendible el principio de que sólo el médico puede lucrarse de su trabajo, y en esta interrelación están incluidos los terceros pagadores.

Volviendo al problema de la doble lealtad, es evidente e inevitable que la práctica médica actual esté condicionada por esta doble lealtad, puesto que el médico es agente simultáneo de dos principales: el paciente, y el tercero pagador. Pero más que el tercero pagador, el verdadero segundo principal del médico es el grupo de personas que están asociadas en el fondo de seguros; el tercero pagador no es más que un mediador de esa obligación, y que además cobra por correr un riesgo, al menos en el contexto de la reforma colombiana.

Los conflictos de intereses generados por la doble lealtad por sí mismos no son más problemáticos que otros tipos de conflictos de intereses, los cuales han existido desde que apareció la remuneración al profesional por sus servicios personales. El problema fundamental con los conflictos de intereses radica en su intensidad (véase Thompson, 1993); cuando el interés secundario es tan fuerte que compromete severamente el interés primario, es evidente que se ha invertido la obligación del agente para con su principal hacia el beneficio de aquél; pero esto puede suceder en cualquier contexto y no es exclusivo de la intermediación con fin de lucro. Por lo tanto nuestra preocupación debe orientarse a controlar la intensidad de los conflictos de intereses, más que el fin de lucro o la simple presencia de tales conflictos.

En síntesis con respecto a este segundo punto, los recursos que el médico utiliza para tratar a su paciente no le pertenecen a éste ni a aquél, sino al grupo de personas que han optado por un esquema

cooperativo de protección financiera; el hecho de que la capacidad de pago del paciente desaparezca del acto médico no implica ignorar el costo de oportunidad de las decisiones clínicas, y antes por el contrario implica una responsabilidad mayor frente a la colectividad, lo cual inevitablemente crea la doble lealtad en el médico: frente a su paciente y frente a los demás beneficiarios de los recursos disponibles.

3. La necesidad de que el médico asuma su responsabilidad en la distribución de recursos, como estrategia para conservar su autonomía, pero a la vez la necesidad que esto implica de renegociar el contrato entre la profesión y la sociedad.

Dicho lo anterior, no queda duda de que el modelo tradicional de práctica médica basado en la ética hipocrática y en la autonomía propia del profesionalismo, está actualmente y de manera irreversible condicionado por la doble lealtad del médico; este condicionamiento ha sido visto como una amenaza al profesionalismo, pero en esta última parte trataré de demostrar que ello no necesariamente es cierto y que por el contrario la profesión debe asumir los nuevos retos que la doble lealtad supone para poder conservar ese preciado don del profesionalismo.

Si el médico es quien finalmente determina cómo se utilizan las cuatro quintas partes de los presupuestos para salud, y si los individuos ya no llegan al médico por su propia cuenta sino amparados por un tercero pagador, es claro que el médico tiene hoy en día la obligación de hacer una utilización racional de los recursos; si no lo hace, los terceros pagadores lo harán por él: lo presionarán a seguir protocolos, lo someterán a revisión por pares o a segundas opiniones, o finalmente lo obligarán a asumir riesgo financiero bajo contratos de capitación u otros incentivos monetarios.

Pero no se trata de que el médico se obstine en defender una posición que a todas luces en el contexto actual no es sostenible; en sana lógica, si el médico extiende su principio de justicia a su obligación como distribuidor de recursos, está cumpliendo con una obligación que hoy en día no puede eludir, y está ejerciendo en el micro-nivel lo que el formulador de políticas ejerce a diario cuando toma decisiones de distribución de recursos en el macro-nivel. Pero ello supone inevitablemente tomar decisiones trágicas; restringir el acceso de unos para permitir un mejor acceso a otros, y de este modo contribuir a que los recursos sean usados de manera eficiente sin necesidad de tener un supervisor que le coarta su autonomía a base de desautorizaciones y glosas.

Reaparece aquí el concepto de autonomía como eje del profesionalismo. Evidentemente, en el contexto de restricciones que he descrito, qué mejor manera de recuperar la autonomía profesional que asumiendo de manera racional la responsabilidad en la distribución de recursos! Si el médico no quiere verse vigilado por un extraño, lo lógico es que haga por su propia cuenta aquello por lo cual hoy es vigilado; para ilustrar esto acudiré a un ejemplo del mundo real y que sucede actualmente en Nueva Zelanda: la nueva coalición del gobierno ha optado por abandonar los mecanismos de mercado como orientadores de la utilización eficiente de los recursos, para entrar a esquemas de incentivos profesionales basados en la colaboración (Malcolm, 1997). Allí los profesionales participan activamente con sus decisiones clínicas en el racionamiento de los servicios de salud como sucedió con un sonado caso de un paciente de 76 años a quien su médico no le ordenó diálisis, siguiendo las indicaciones de un protocolo que se había establecido por consenso en 1992 (Feek, 1999).

Si el racionamiento es inescapable para un país como Nueva Zelanda, que podríamos esperar para un país como Colombia, con un ingreso per-cápita diez veces inferior, donde según las estadísticas más recientes del DANE en 1996 murieron 1.700 niños menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda y por infección respiratoria aguda? Es claro que en nuestro caso es todavía más crítico el rol del médico como distribuidor de recursos; este bello ejemplo que nos dan los Neozelandeses nos demuestra que la obligación del médico frente a su paciente tiene límites que encuadran perfectamente dentro de un ejercicio ético de la profesión, porque el principio de justicia es igualmente legítimo y se impone hoy más que nunca.

Pero este cambio de paradigma supone una renegociación del contrato social representado por el juramento hipocrático; el rediseño de las obligaciones del médico frente a la sociedad requiere un proceso en el cual participen los beneficiarios de las decisiones del médico, es decir, los pacientes actuales y futuros; la sociedad debe entender que si espera que sus médicos siempre busquen el beneficio del paciente sin importar el costo, estarán generando un resultado subóptimo en la utilización de los recursos para salud; por esto, la renegociación del pacto social debe comprometer tanto a los profesionales como a la sociedad en general, mediante un proceso democrático, deliberativo y abierto, que considere objetivamente las restricciones presupuestales, la disponibilidad de pagar de los asociados, y la nueva responsabilidad del profesional en el

racionamiento.

La renegociación del contrato social no es una claudicación de la ética hipocrática ante la ética distributiva (véase Kassirer, 1998); es más bien una versión ampliada del compromiso del médico con su paciente, que reconoce la responsabilidad del profesional en la adecuada utilización de los recursos de la sociedad. Es el camino lógico y sensato hacia la preservación del profesionalismo que hace irrelevante la amenaza del control externo sobre la autonomía, y que del mismo modo permite construir entre los dos una relación en la que la profesión sale mejor librada y a la vez es consecuente con la búsqueda del equilibrio entre la equidad y la eficiencia, así como en la prestación de servicios de alta calidad; en síntesis, la obligación del profesional sigue siendo frente a su paciente, pero en conexión con los demás pacientes.

## Bibliografía

1. Braveman P, Tarimo E, Creese A, Monasch R, y Nelson L. (1996) Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative. World Health Organization.
2. Castaño RA (1999). Medicina Ética y Reformas a la Salud. Editorial Cargraphics.
3. Feek CM, McKean W, Henneveld L, et al. (1999) Experience with rationing health care in New Zealand. BMJ. 318:7194.
4. Kassirer J (1998). Managing care: should we adopt a new ethic? The New England Journal of Medicine. 1998;339
5. Malcolm L (1997). GP budget holding in New Zealand: lessons for Britain and elsewhere? BMJ. 1997;314:1890.
6. Patiño JF. (1999) Planteamiento del Presidente de la Academia Nacional de Medicina ante el grupo de trabajo. En: Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. Editado por José Félix Patiño Restrepo y la Comisión de la Academia Nacional de Medicina. Academia Nacional de Medicina.
7. Sanchez F (1998). Memorias del Seminario Internacional "Ética y Reforma a la Salud" Ministerio de Salud.
8. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interests. N Eng J Med. 329:573-76.