

La autonomía del médico

(Ponencia presentada en el Foro Nacional del Consejo Superior de Instituciones Médicas, Cartagena, Abril 3, 1995).

Por: Efraim Otero Ruiz, M.D.*

Cuandoquiera que, en foros recientes, hemos tratado de plantear este candente tema, la primera pregunta que surge, casi al unísono, es: ¿Cuál autonomía? Porque, sin tratar de ser irónicos ni insidiosos, se aprecia que en esta finalización del siglo XX ese concepto de autonomía, que pareció florecer desde Hipócrates y mantenerse durante más de 2.000 años, parece venir languideciendo gracias a las innumerables restricciones, éticas, sociales, informáticas, gubernamentales, tecnológicas y gremiales al ejercicio de la profesión, lo mismo que a la injerencia cada vez mayor de las corporaciones económicas del mundo en las decisiones que se toman con respecto a la salud de los individuos o de las comunidades.

De entrada, al analizar el tema, debemos definir qué es *autonomía*. Aunque todos la entendemos como una especie de facultad omnímoda de hacer lo que queramos, sin restricción alguna, lo que en lenguaje jurídico se conoce como "autodeterminación", a la luz de la ética médica se define como *la capacidad de comprender la situación propia y de perseguir objetivos personales sin estar dominado por coacciones*. Ese principio, sostienen Beauchamp y McCullough (1), alude a que se tiene soberanía sobre la propia vida; una soberanía que protege la intimidad y también los derechos de controlar lo que suceda a cada persona y a sus bienes. En otras palabras, la soberanía de una persona limita la esfera en que los demás pueden legítimamente entrometerse. Y, como corolario, los derechos de soberanía individual protegen la libertad del individuo para elegir sus mejores intereses.

Los eticistas, sin embargo, insisten mucho en que a la autonomía del médico debe equipararse, también, la autonomía del paciente. En el acto médico, dicen ellos, se trata de dos partes en que, concretamente, una de las partes está sana y tiene conoci-

mientos médicos mientras que la otra está enferma y no los tiene. En términos de la moderna informática, se diría que entre los dos existe una brecha de información. Y ahí entra el tema de los derechos legales del paciente: los derechos legales constituyen un modo de limitar el poder del médico y de proteger al paciente de entrometimientos no autorizados (y se suelen poner como ejemplos la cirugía sin consentimiento, el internamiento involuntario en una institución para enfermos mentales o la revelación pública de información contenida en archivos hospitalarios, sean ellos papeles o memorias de computador). Según Edmund Pellegrino, uno de los más afamados bioeticistas modernos, "en los últimos 25 años la autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer principio de la ética médica, siendo la reorientación más radical ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática". (2)

Por eso, al hablar del "modelo de autonomía" desde el punto de vista de la ética médica, se toman los valores y creencias del paciente como la principal consideración moral al determinar las responsabilidades también morales del médico en su atención al mismo. Y aún aceptando que el paciente debe ser el "objeto inefable de nuestros desvelos", como hermosamente lo describía el decano y pensador antioqueño Luis Alfonso Vélez en una reunión en Paipa sobre médicos generales vemos, sin embargo, que desde la perspectiva de la ética surge la primera gran limitación a la llamada autonomía del médico. Pero aquí vale la pena hacer algunas acotaciones al respecto.

En nuestro país, en años recientes y quizás obedeciendo a tendencias internacionales, se ha hecho, y quizás con justicia, demasiado énfasis en los llamados "derechos del paciente" sin entrar a considerar lo que deberíamos llamar "los derechos del médico". En otras palabras, como lo ha dicho Fernando Guzmán, nuestro notable cirujano y joven filósofo de la medicina, "se le han adjudicado al médico

*Ex-Ministro de Salud, Ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina

como derechos los que en realidad deberían ser sus deberes". Cada rato oímos hacer énfasis sobre el apostolado, sobre la obligación de atender a pacientes sin recursos, o de asumir riesgos evidentes como operar y exponerse a contagios de pacientes con enfermedades virales o retrovirales, o rescatar arriesgadamente víctimas de grandes desastres, e incluso se emplea el nuevo mecanismo constitucional de la tutela para obligar al médico o a las instituciones de salud a ejercer en forma obligatoria y mal remunerada ciertos tipos de atención médica. Sin que muchas veces los honorables magistrados o jueces de la República estén lo suficientemente informados del problema médico en términos estrictamente fisiopatológicos o científicos. Hace más o menos un mes lo hemos visto con las informaciones en la prensa (4) sobre la tutela impuesta por un paciente ya adulto a los médicos que años atrás se vieron obligados a hacer un cambio de sexo fenotípico por la desaparición de los genitales externos de un niño de sexo masculino causada por la mordedura de un perro, sin informarse, quienes así juzgaron, que los modernos urólogos y sexólogos recomiendan ese procedimiento cuando se trata de niños prepuberales, y que la reconstrucción funcional hacia sexo masculino ya en el adulto es poco menos que imposible (5). Y a todo ello se suma, por la vía gubernamental, un nuevo régimen de inhabilidades e incompatibilidades, en que el trabajador de la salud puede tener sólo una vinculación contractual y extracontractual, por mal remunerada que ella sea.

Ya desde Ambrosio Paré y los clásicos franceses del Renacimiento se hablaba del "consoler avant guérir", consolar antes de curar, como deber fundamental del médico, concepto que fue reafirmado 3 siglos más tarde por Thomas Percival, en Inglaterra, uno de los primeros eticistas, cuando hablaba de la ternura y la firmeza, de la condescendencia con autoridad, como uno de los deberes fundamentales del médico. He traído estas citas para afirmar, como lo creo con profunda convicción, que el médico fue más autónomo mientras la medicina fue menos curativa y más empírica; y que, ya avanzado el siglo XX, cuando la medicina científica comenzó a hacerse realmente eficaz y curativa, ese médico, aunque dotado de armas más poderosas, ha ido perdiendo su autonomía en cuanto se ha hecho dependiente de los avances tecnológicos, dictados estos por otras ciencias a menudo distantes de la medicina. Por más que el acto de pensamiento médico sigue y debe seguir intacto (aunque

más y más vemos el intento de reemplazarlo por computadores (6) y en general a valorarlo y a pagarlo menos) su razonamiento depende cada vez más de la tecnología, expresada en procedimientos diagnósticos o imagenológicos, en el laboratorio o en las pruebas terapéuticas con medicamentos o equipos diseñados a distancia y con orientaciones a veces más comerciales que científicas.

Como consecuencia surge otra brecha que limita más esa autonomía y es la que hemos llamado arriba la brecha informática o brecha del conocimiento, esta vez aplicada directamente al médico. Pues, ¿cómo mantenerse al tanto de ese conocimiento, general o especializado, en momentos en que cada día aparece un nuevo "journal" y que los documentos emitidos anualmente por el sistema Medlar-Medline, si se pusieran en papel, uno sobre otro, excederían la altura del Obelisco de Washington? (7) ¿Cómo estar informado del acontecer científico y médico diario, cuando a veces el paciente está más al día que el mismo médico—gracias a los medios de comunicación— sobre su enfermedad o su tratamiento? Y ¿cómo mantener, el especialista o el subespecialista, un conocimiento general sobre el resto de la medicina que no le atañe? Mientras más ignorante se sienta, más indeciso y menos autónomo podrá sentirse para tomar ciertas determinaciones, particularmente cuando de ellas pueda depender la vida o la muerte del paciente. Por otra parte como lo señala muy bien Mirvis (10), el conocimiento especializado que pueda mantener una profesión constituye la raíz de su autonomía

De ahí que desde FEPAFEM y desde otras entidades públicas o privadas hayamos clamado a los cuatro vientos, en los últimos 15 años, sobre la necesidad de una educación médica continuada basada en información accesible y actualizada, como la que provee la moderna informática. Y que hoy día, con los modernos computadores, puede obtenerse periódicamente en forma de discos láser, los llamados CD-ROM, que incluyen desde enciclopedias hasta colecciones de las revistas médicas más importantes, con artículos completos de los últimos 5 ó 10 años. Ya existen, además de revistas y programas de educación médica continuada, búsquedas gratuitas con acceso al Banco de Datos de FEPAFEM y por esa vía a MEDLINE u otros bancos nacionales o internacionales, patrocinadas por entidades como ITALMEX, sobre cualquier tema de las especialidades médicas. ¡De suerte que

el médico de hoy no puede quejarse de no estar bien informado!

La dependencia de la tecnología, de otro lado, se deriva también, en gran parte, de las presiones competitivas que sobre el acto médico ejercen diversas circunstancias, la mayoría de ellas de tipo económico. Si se trata de equipos privados, las órdenes de exámenes que los aprovechan o utilizan dependerán en gran parte del ánimo de lucro de sus propietarios, exacerbado además por la necesidad de pagar las ingentes deudas que impone la adquisición de dichos equipos. Ya en nuestras conferencias sobre el uso y abuso de la tecnología hemos mostrado, basados en fehacientes estadísticas norteamericanas, cómo los grupos médicos que poseen determinados equipos ordenan casi cinco veces más exámenes realizados con los mismos que aquellos que no los poseen. En el sector público no existe tan abiertamente el motivo de lucro —aunque las recientes disposiciones gubernamentales que exigen a los hospitales públicos cobrar por sus servicios para poder sobrevivir establecen más demanda por el uso de equipos que los benefician por el cobro de procedimientos diagnósticos o terapéuticos—. Pero ejerce también una gran presión el exceso de trabajo o de pacientes. El médico, joven o viejo, simplemente no tiene tiempo para sentarse a pensar en las alternativas diagnósticas y prefiere confiárselas a los múltiples procedimientos imagenológicos o de laboratorio que, a su vez, aumentan enormemente los costos de los servicios de salud. Por otra parte, las compañías de medicina prepagada —que trataremos adelante— pagan mejor a quien ejecuta un procedimiento diagnóstico o terapéutico que a quien realiza el noble acto del pensamiento médico. A todo ello se suma en los Estados Unidos (y comienza a verse en forma por demás creciente en nuestro medio) la llamada “medicina defensiva”, en la que hay que ordenar excesivo e innecesario número de exámenes o de procedimientos para curarse en salud por las demandas de abogados inescrupulosos que pueden ganar pleitos “por aquello que no se hizo”.

Con las consideraciones sobre tecnología hemos abierto el gran capítulo de las limitantes económicas de la autonomía del médico, que podremos esbozar sólo superficialmente dada la premura del tiempo. Si bien hemos mencionado las limitaciones “por exceso” deberemos mencionar las limitaciones “por defecto”, muy propias del ejercicio en medios pobres y subdesarrollados como el nuestro.

Pues el mayor y diario problema en nuestros hospitales públicos y en las llamadas consultas populares o de tipo social es que no pueda realizarse determinado examen, indispensable para el diagnóstico, o porque los equipos no existen o están dañados o porque el paciente no puede pagar por el mismo. La mayoría de nosotros hemos vivido el drama de la enfermedad que progresa sin diagnóstico o terapéutica por la dificultad de precisar su localización o su extensión debido a que, por las causas anteriores, no ha podido hacerse tal o cual examen. Y el médico, o está constreñido por normas oficiales que lo obligan a prescribir drogas genéricas o sólo aquellas incluidas en limitados listados de “medicamentos esenciales”, o se ve enfrentado al altísimo costo que representan algunos medicamentos, entre ellos los antibióticos de avanzada o los inmunosupresores, inaccesibles para quien gana uno o dos salarios mínimos. Y ello opera para el 60 o 70 por ciento de colombianos que todavía no tienen ni el más mínimo acceso al médico o a los sistemas de salud.

Todo ello, sumado a las ineficiencias burocráticas y de cubrimiento de nuestra precaria seguridad social, ha llevado, en la década de los 90s., a dos desarrollos que debemos mirar con preocupación en cuanto que establecen más cortapisas a la ya lánguida autonomía del médico. Son ellos los sistemas de medicina pre-pagada y la nueva Ley 100 sobre salud y seguridad social.

Los primeros, con contadas excepciones, inspirados en el modelo norteamericano de las H.M.O.s, han partido de la base de una máxima utilidad para las compañías aseguradoras lograda no tanto a base de una máxima afiliación de individuos sanos, como debería ser lo lógico, sino de una reducción “ab absurdum” de los emolumentos del médico. Y con consultas de tres o cinco mil pesos se trata de convencer a los colegas —quienes han debido agachar la cabeza por no existir otras alternativas, ni en lo privado ni en lo público, para alimentar la creciente población de galenos desempleados— que esa mala remuneración puede compensarse aumentando, también “ab absurdum”, el número de pacientes vistos por unidad de tiempo. A la limitante económica se añade la profesional y hasta la ética, pues es imposible que un acto médico pueda cumplirse bien en cinco o diez minutos, pendiendo sobre el médico la amenaza de que, si no cumple bien determinados requisitos, será reemplazado por cualquiera de los numerosos aspirantes a dis-

frutar de su "chanfa". Los procedimientos o tratamientos que puede ordenar se restringen también en cuanto a su costo. Los especialistas de referencia para el médico o para el paciente se limitan a listas preseleccionadas. En estas circunstancias pregunto yo, ¿podrá hablarse todavía de la tan cacareada "autonomía del médico"?

Ya en escritos anteriores (8, 9) hemos advertido cómo los defectos que hemos criticado en las empresas de medicina prepagada, y que no muestran manera de entrar a solucionarse, pueden, si no se aplican los correctivos necesarios, extenderse a las nuevas Empresas Promotoras de Salud creadas por la Ley 100 del 93 y ya hoy en vía de rápidos y prometedores desarrollos. En otras palabras más crudas, hemos dicho que no se pueden hacer utilidades en el campo de la salud a expensas de los médicos! (9). Ya destacados autores nacionales como Patiño (11) y Guzmán (12) han venido señalando cómo, en el curso de unos años, el *mandato hipocrático*, que rigió durante más de dos milenios para los seguidores del patriarca de la isla de Cos, ha venido a ser reemplazado por el *imperativo burocrático*, emanado de corporaciones económicas que han querido incursionar, en tiempos recientes, en el lucrativo campo de la salud. Los mismos norteamericanos, inventores del sistema, se quejan en editoriales y artículos recientes del *New England Journal of Medicine* (10) que las decisiones en salud hoy se encuentran más emanadas de los grandes conglomerados económicos que de los mismos médicos!

De ahí emana también una tendencia educativa que quiere imponerse en los Estados Unidos y de ahí extenderse, como sucede inevitablemente gracias a nuestro espíritu imitativo, a todos los continentes, y es la de reducir el número de especialistas a favor de los médicos generales o generalistas. La proporción actual de 75% especialistas vs. 25% generalistas quiere cambiarse a 50-50 o algo parecido. Yo creo que esa tendencia, por más que se la disfrace con matices académicos y pretenda apoyarse en el mal entendido "slogan" (3) de la atención primaria, promulgado por la OMS a partir de Alma Ata, obedece más al afán de los conglomerados financieros de hacer economías a expensas de los médicos, ya que al generalista se le podrá pagar mucho más modestamente que al especialista, dejando de lado los años de estudio y dedicación que este último le ha dedicado al cultivo de su especialidad para beneficio de sus pacientes. Yo me pregunto, ¿cuántos de los que claman por dicha

igualdad confiarán en el futuro los problema graves de sus seres queridos a los generalistas en oposición a los especialistas?

Estas son pues, a grandes rasgos, las menguadas y casi deprimentes perspectivas actuales de la autonomía del médico. Autonomía que, por otra parte, se ha ido perdiendo por la indiferencia que nosotros, los mismos médicos, hemos tenido frente a la conculcación casi permanente de nuestros derechos. En otras palabras, podría decirse que en gran parte somos los mismos médicos los responsables por la pérdida de nuestra autonomía. Casi que a diario se nos manipula desde las altas esferas; se usan como foros ciertas agremiaciones o ciertos ámbitos para aprobar medidas "a pupitrazo limpio" y sin una verdadera consulta de opiniones individuales; se nos nombra como fantasmas o convidados de piedra de asesores de entidades gubernamentales en que, por otra parte, los médicos representan la ínfima minoría; se nos olvida, cuando ocupamos altas posiciones en el Congreso o en el gobierno que somos ante todo médicos; y se designa, en fin, a líderes o a personas que han ocupado encumbradas posiciones para que nos obliguen más pronto al resto de colegas sumisos a doblar más las rótulas, sin que podamos alegar siquiera "la artritis que nos impide arrodillarnos" a la que acudió nuestro renombrado fiscal De Greiff en sus tratos con los Estados Unidos.

Por eso, desde su fundación en 1991, acogimos con entusiasmo la participación en el Consejo Superior de Instituciones Médicas, puesto que comprendimos que esta sería una manera de vigilar y salvaguardar la maltratada autonomía de los médicos y la medicina en Colombia. Autonomía que creemos debe mantenerse con la cabeza en alto, sin arrogancias pero tampoco sin transacciones. Sin tener que apelar a mecanismos desapacibles, como los paros o las huelgas, pero también sentando los principios claros de un ejercicio profesional ético, desvelado y bien remunerado. Y logrando efectivamente, como parece que las actividades del Consejo en las diversas ciudades lo viene demostrando, la unión de los médicos colombianos en torno a estos principios. Principios que se han plasmado hoy mismo en una declaración o documento de Cartagena, que nos servirá de estamento y de punta de lanza para ratificar esa unión y poder unánimemente establecer reclamaciones futuras de nuestros derechos.

La precipitud y gravedad de los hechos recientes exigen de nosotros, hoy más que nunca, una firme

agrupación en torno a este Consejo. Porque no podremos permitir que las generaciones jóvenes digan mañana que en nuestras manos pereció el último destello de algo que en el pasado se conoció como "la autonomía del médico".

Referencias

1. Beauchamp, P.L. y McCullough, L.B.: *Ética Médica - Las responsabilidades morales de los médicos*. Ed. Labor, Barcelona, 1984.
2. Organización Panamericana de la Salud: *Bioética-Temas y perspectivas*. No. 527, OPS, Washington, 1990.
3. Starfield, B.: *Is primary care essential?* *Lancet* 344:1129, 1994.
4. *El Tiempo*, Febrero 28, 1995 (primera página).
5. Meyer, R.: *One-stage phalloplasty in female transexuals*. *Worldplast* 1:34, 1995.
6. Panush, R.S.: *A higher standard*. *Am.J.Med.* 98:211, 1995.
7. Stix, G.: *The speed of write*. *Scientific American* 271:72, 1994.
8. Otero-Ruiz, E.: *La educación médica frente a la nueva seguridad social* (Editorial). *Trib.Médica* 90:37, 1994.
9. Otero-Ruiz, E.: *Los médicos frente a la nueva seguridad social* (Editorial). *Bol. Asoc. Colombo-Franc. Medic.* 8:2, 1994.
10. Mirvis, DM.: *Physicians autonomy - the relation between public and professional expectations*. *N.Eng.J.Med.* 328:1346, 1993.
11. Patiño, J.F.: *El triunfo de la biología molecular y el auge de las ciencias biomédicas. Paradigma biológico y dilema social de la medicina moderna*. *Rev.Col.Cirugía* 4:126, 1989.
12. Guzmán F. y Mendoza-Vega, J.: *Bioética: nuevos problemas y diferentes soluciones*. *Tribuna Médica*, 1995 (en prensa).



**Esta Publicación es
cortesía de
Laboratorios ITALMEX**