



Ética, calidad, competencia médica

La práctica de la medicina en nuestro país en los últimos años ha tenido grandes cambios, tanto en su entorno normativo como socioeconómico. Los prestadores de servicios de salud han resultado profundamente afectados por el nuevo sistema, que ha cambiado de una práctica libre a una práctica con condiciones impuestas por las empresas aseguradoras, en la cual el límite entre la buena atención y la productividad o rendimiento económico no está definido. Además, al tomar la atención de la salud la característica de negocio, ésta queda sometida a la “libre empresa”, situación que tampoco diferencia entre el buen ejercicio médico y el buen negocio.

Desde el inicio del ejercicio de la medicina, siempre ha existido un control de calidad sobre las actuaciones del médico; vemos cómo en la Mesopotamia del siglo dieciocho antes de Cristo, cuando reinaba el rey Hammurabi, la sociedad, en este caso el Estado, dictó las primeras leyes de moral objetiva relacionadas con la medicina, estableciendo con ellas la responsabilidad jurídica del médico frente a su paciente. Es bueno señalar que se han encontrado tablillas de arcilla que recogen leyes promulgadas doscientos años antes de las dictadas por Hammurabi; algunas referentes también a la medicina, sin que tal hallazgo reste importancia al valor histórico que tiene el Código de Hammurabi¹.

En dicho documento se regula la profesión médica en una sección comprendida por ocho artículos, cuyo texto es el siguiente:

215. Si un médico ha tratado a un hombre libre de una herida grave mediante la lanceta de bronce y el hombre cura; si ha abierto la nube de un hombre con la lanceta de bronce y ha curado el ojo del hombre, recibirá diez siclos de plata.
216. Si se trata de un plebeyo, recibirá cinco siclos de plata.
217. Si se trata del esclavo de un hombre libre, el dueño del esclavo dará al médico dos siclos de plata.
218. Si un médico ha tratado a un hombre libre de una herida grave con la lanceta de bronce y ha hecho morir al hombre, (o) si ha abierto la nube del hombre con la lanceta de bronce y destruye el ojo del hombre, se le cortarían las manos.
219. Si un médico ha tratado una herida grave al esclavo de un plebeyo con el punzón de bronce y lo ha matado, devolverá esclavo por esclavo.
220. Si ha abierto la nube con la lanceta de bronce y ha destruido el ojo, pagará en plata la mitad del precio del esclavo.
221. Si un médico ha curado el miembro roto de un hombre libre (o) hace revivir una víscera enferma, el paciente dará al médico cinco siclos de plata.
222. Si es un plebeyo, dará tres siclos de plata.

Como vemos, en este Código se legisla sobre los honorarios profesionales y sobre la responsabilidad civil del médico. No obstante que en aquellas calendas el médico era tenido como un sacerdote, su actuar profesional estaba vigilado y sancionado por el Estado. Siempre se calificó la actuación del médico, éste algunas veces pagando con su propia integridad física, aplicando la sentencia de “ojo por ojo, diente por diente”. También se tenía, y hasta hace unos pocos años, la creencia general de que si el médico no lograba la curación del enfermo, probablemente se trataba de una enfermedad demasiado grave. Ahora, al menos en nuestro país, la situación ha cambiado: en el nuevo sistema de salud aparecen otros actores, los aseguradores, que entran también a evaluar la prestación del servicio médico, llámese calidad, efectividad, eficacia y eficiencia, y ya también los pacientes conocen y exigen sus derechos.

Con la Ley 100 de 1993², la atención de la salud cambió radicalmente, al igual que la estructura de la prestación de servicios, pasando de un esquema donde el Instituto del Seguro Social era el mayor prestatario,

acompañado de otras empresas estatales más pequeñas y de algunas entidades privadas, a un esquema de libre comercio, donde aparecen en el mercado empresas constituidas seriamente, pero también de gran cantidad de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas que ofrecen toda clase de servicios sin tener la capacidad logística y técnica para atender los enfermos. En este momento aparecen cuestionamientos éticos profundos: el sistema lleva a los médicos, que en su momento tomaron el Juramento Hipocrático, a ejercer en sitios donde escasamente disponen de los elementos necesarios o, en el peor de los casos, de los conocimientos y la experiencia, contrariando el milenar precepto: “ejercerás tu arte solamente para la cura de tus pacientes”.

En este contexto preocupa profundamente cómo se afecta la ética: ¿qué es ética? En la mayoría de los escritos que se ocupan del asunto se lee que la palabra “ética”¹ deriva del griego *éthos*, que quiere decir costumbre; a su vez “moral” deriva del latín *mos*, que significa también costumbre. Para no ser conformistas, vale la pena conocer con mayor amplitud la evolución semántica de esas palabras, muy bien analizada por H.F. Drane¹. Para él, *ethos* hace referencia a la actitud de la persona hacia la vida. En un principio significó una morada o lugar de habitación; más tarde, en la época de Aristóteles, el término se personalizó para señalar el lugar íntimo, el sitio donde se refugia la persona, como también lo que hay allí dentro, la actitud interior. Siendo así, *ethos* es la raíz o la fuente de todos los actos particulares. El sentido griego original se perdió más tarde al pasar al latín, pues se trocó por *mos/moris*, significando mosca sinónimo de *habitus* - una práctica, un comportamiento, una conducta. Por su parte, la forma plural, *mores*, quería significar lo externo, las costumbres o los usos.

En el habla corriente, ética y moral se manejan de manera ambivalente, es decir, con igual significado. Sin embargo, como lo anota Bilberny¹, analizados los dos términos en un plano intelectual, no significan lo mismo, pues mientras que “la moral tiende a ser particular, por la concreción de sus objetos, la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios”. No es equivocado, de manera alguna, interpretar la ética como la moralidad de la conciencia.

En términos prácticos, podemos aceptar que la ética es la disciplina que se ocupa de la moral, de algo que compete a los actos humanos exclusivamente, y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean libres, voluntarios, conscientes. Asimismo, puede entenderse como el cumplimiento del deber. Vale decir, relacionarse con lo que uno debe o no debe hacer.

Se acepta que la ética es una ciencia, puesto que expone y fundamenta científicamente principios universales sobre la moralidad de los actos humanos. No es una ciencia especulativa, sino una ciencia práctica, por cuanto hace referencia a los actos humanos. Si el fin de la ética es facilitar el recto actuar de la persona, fijando la bondad o maldad de los actos, puede considerarse también como finalidad saber qué es la virtud lo cual no tendría ninguna utilidad, sino llegar a ser virtuoso. Por haber estado muchos siglos en manos de los filósofos y los teólogos, la ética se tuvo como algo especulativo, y es algo que aún despierta en la generalidad de la gente temor o complejo. Razón tuvo Kierkegaard¹, al afirmar que de ordinario se considera a la ética como algo totalmente abstracto, y, en consecuencia, se la aborrece en secreto.

Pasemos ahora a definir la ética médica¹: La Ética Médica es una disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios, conscientes. Al decir “actos médicos”, se hace referencia a los que adelanta el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (Ética Médica Individual) y a la sociedad (Ética Médica Social). Los actos que lleve a cabo en función de su vida privada, no profesional, caerán en el campo de la Ética General, la misma que permite juzgar los actos de cualquier persona.

El decreto 2174 de noviembre de 1996³, que organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su artículo 3º dice:

“Artículo 3o. Características de la calidad de la atención en salud.

La calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características tecnicocientíficas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida”.

Además de violar lo más básico, el Juramento Hipocrático, cuando ofrecemos servicios que no podemos brindar en forma adecuada o en el peor de los casos, sin poseer el conocimiento o el adiestramiento adecuado, se está en alto riesgo de contravenir otro principio fundamental de la práctica de la medicina: “*primum non nocere*” (primero no hacer daño).

Otra situación contemporánea grave es la proliferación de facultades de medicina, algunas de las cuales también ofrecen programas de posgrado, sin tener la suficiente calidad tecnicocientífica para garantizar la seguridad y la debida práctica de procedimientos. Hoy se ofrecen “entrenamientos” cortos (no sé si aquí se pueden incluir los “diplomados”) en procedimientos invasivos sin exigir una capacitación previa. En algunos programas de posgrado donde se ofrecen rotaciones para aprender procedimientos en un período de tiempo durante el cual difícilmente se pueden adquirir las habilidades para hacerlos; ¿es esto ético? Todo ello va contra todos los estándares académicos aprobados y que tradicionalmente fueron orgullo de la educación médica colombiana. En la Ley 23 de 1981⁴, en su artículo 15 y en uno de sus apartes dice: “El médico no expone a su paciente a riesgos injustificados”. ¿Estarán estas facultades y estos programas de posgrado teniendo en cuenta todo lo anterior?

En mi concepto es diferente que el profesional formado se entrene en nuevos procedimientos con base en experiencia o estudios previos, a ofrecer programas de estudios a medias a médicos sin experiencia.

Otras personas comparten estos puntos de vista: tratándose de una profesión de tan honda trascendencia, a la sociedad hay que darle garantías acerca de la idoneidad técnica y la honestidad moral de quienes van a responder por la salud y la vida de sus componentes. En principio, esas garantías están representadas en el título que otorgan las escuelas de medicina y que refrendan los Ministerios de Educación y de Salud. Sin embargo, no todas las escuelas formadoras de médicos inspiran confianza ni son prenda de garantía¹. “Para quienes laboramos en la docencia universitaria y para las sociedades científicas, es preocupante la proliferación de facultades de medicina, cuya autorización de funcionamiento no responde a una política clara en la formación del recurso humano y de programas de posgrado en cirugía general que no cuentan con los requerimientos de docentes, ni de campos de práctica que garanticen la calidad en la formación del especialista”⁵. ¿Está nuestra Sociedad de Cirugía en capacidad de reconocer o dar aval a los profesionales que la integran en el hacer uno u otro procedimiento? ¿Es uno de los objetivos de nuestra Sociedad?

A partir de la Ley 100 de 1993, también cambió el esquema del ingreso para el médico, quien ahora se ve sometido a unas tarifas impuestas por el sistema, que nunca compensarán en de manera alguna el esfuerzo que hace el profesional para ser idóneo y para ofrecer a la sociedad la mejor calidad de atención. Uno de nuestros profesores emite su concepto: “Definitivamente los años dorados de la práctica quirúrgica ya no volverán, la pérdida del ingreso y de la posición del médico son un hecho; hoy los profesionales son un grupo más, que lucha valientemente por mantener un ingreso medianamente digno. Otro factor que ha contribuido a la proletarización del médico es lo que se ha llamado «la empresarialización de la medicina», la cual consiste en que, dados los altos costos de los avances tecnológicos de la ciencia médica, cada vez es más difícil para el médico ser el dueño de los medios de producción”⁵.

Además, los elevados costos de la medicina, que previsiblemente habrán de continuar en ascenso en forma paralela con el avance tecnológico, establecen una forzosa discriminación o “triage” de tipo económico⁶, haciendo más difícil la situación del médico, sumado a lo anterior, aparece el exceso de oferta hace que el médico, que en la mayoría de los casos se vea sometido a los diferentes esquemas tarifarios: “ISS o SOAT menos xx%” o “dos procedimientos por el precio de uno”. ¿Es esto ético por parte del médico o por parte las aseguradoras? Cabe preguntar, igualmente: ¿qué calidad se puede así garantizar? Los exégetas del modelo responden que es la ley de la oferta y la demanda.

Ante esta situación, en la cual los organismos de control parecen totalmente ineficientes, el futuro será establecer la certificación personal mediante la presentación de exámenes por parte de los médicos, y la acreditación por parte de las IPS.

Acreditación es un proceso de evaluación, formal y voluntario, que busca el mejoramiento de las organizaciones. Los estándares que utiliza se consideran óptimos, factibles y son preestablecidos y conocidos. Es realizada generalmente por un organismo con reconocimiento, en algunos países de carácter no gubernamental, en el cual pares evalúan que la organización de salud cumpla con los estándares⁷.

Los sistemas de acreditación han sido muy estudiados y son preocupación de muchos países en el mundo. En 1997⁸ la *International Society for Quality Assurance*, ISQUA, reunió 42 países para analizar los sistemas de acreditación, y para buscar estándares comunes a nivel mundial. Se llegó a la conclusión de que no era posible el uso de estándares internacionales únicos, pero sí se definieron algunos principios internacionales para los sistemas de acreditación y para los estándares, y se conformó una estructura federada de nombre ALPHA que reúne los entes acreditadores en salud, a nivel mundial. Los instrumentos que desarrolle Colombia deben estar en el contexto de los desarrollos mundiales. Los principios definidos por ISQUA son pautas que se deben cumplir y que sirven de guía para lograrlos. Es importante, antes de iniciar todo este proceso, que se creen sistemas de monitoría y auditoría que funcionen y no permitan que el proceso se convierta simplemente en otro circo en donde prevalecen cualquier clase de criterios, menos los éticos o tecnicocientíficos.

¿Será que se hace necesario plantear una nueva ética o es necesario consolidar los principios éticos ante las nuevas características y condiciones de la práctica médica?⁹.

EDELBERTO MULETT VÁSQUEZ

Departamento Clínicoquirúrgico. Hospital y Universidad de Caldas, Manizales.

Bibliografía

1. SÁNCHEZ F. *Temas de ética médica*. www.encolombia.com
2. Ley 100 de 1993. Ministerio de Salud Colombia. Sistema de consulta de normas jurídicas. Seguridad social en salud. Versión mayo de 2000.
3. Ley 2174 noviembre 1996. Ministerio de Salud Colombia. Sistema de consulta de normas jurídicas. Seguridad social en salud. Versión mayo de 2000.
4. Ley 23 de 1981. Ministerio de Salud Colombia. Sistema de Consulta de Normas Jurídicas. Seguridad Social en Salud. Versión mayo de 2000.
5. LERMA C. *Dilemas éticos del cirujano*. Rev Colomb Cir 2000; 15: 222-5.
6. PATIÑO JF. Ética, moral y deontología en la práctica médica. En: PATIÑO JF (ed): *Lecciones de cirugía*, Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2000, 25-6.
7. <http://www.garantiacalidad.com/acreditacion.htm>
8. Revista *Vía Salud*, nº 12, Segundo trimestre de 2000. Centro de Gestión Hospitalaria, 6. www.cgh.org.co/revista/2002/index.htm
9. PATIÑO JF. Reflexiones sobre la ética quirúrgica a la luz de la ética nicomaquea. En: PATIÑO JF (ed): *Lecciones de cirugía*, Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2000, 27-31.