



V. Martínez Suárez

Presidente de la SEPEAP. Centro de Salud El Llano, Gijón

“ Llevar a cabo un replanteamiento formulando nuevos ideales y direcciones es la única vía aceptable para abrir un diálogo, que se siente cada vez más necesario e inaplazable. Si no se hace esto, la medicina se irá convirtiendo en una actividad económicamente insostenible, clínicamente confusa, socialmente frustrante y carente de orientación y propósito coherentes ”

## Editorial

# EL MÉDICO, LA DOBLE LEALTAD Y LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS

El modelo de práctica clínica que ha prevalecido durante veinticinco siglos es el de un ser doliente que acude a su médico para que este tome decisiones en su beneficio, utilizando para ello su conocimiento con total autonomía. Entre el sujeto enfermo y el sanador mediaba algún tipo de “honorario”, una forma de honrar a quien ponía su saber al servicio del paciente. Así fue hasta que durante el siglo XX la medicina inició un rápido progreso tecnológico que desbordó la suficiencia de financiación de todas las organizaciones sanitarias y la limitada capacidad de los hogares de enfrentar por sus propios medios los costos de una situación de enfermedad o accidente. Desde ese momento se fueron desarrollando rápidamente los seguros privados, impulsándose la socialización de la medicina pública y la centralización de la asistencia en grandes hospitales, todo ello como mecanismo de protección frente a la enorme exigencia de inversión y la insuficiente capacidad individual de pago. Eso trastocó profundamente aquella relación tradicional, aunque paradójicamente los nuevos planteamientos aceleraron el proceso de encarecimiento de los servicios de salud.

Mientras esto ocurría la medicina iba dejando de ser una profesión de las denominadas liberales, en la que se ejercía de forma autónoma un oficio reconocido socialmente, el acto curativo era mediado por una relación mercantil aceptada por ambas partes, realizado en consultas particulares con algún grado de control institucional (principalmente por las

organizaciones colegiales) y ateniéndose a una deontología profesional que establecía las directrices éticas generales de su trabajo. Las administraciones públicas y los estados pasaban de ser empleadores de una minoría de médicos (sobre todo a través de los servicios de beneficencia) a ser su mayor empresa contratante. Así, a día de hoy, de los 127.000 médicos colegiados en España, en torno a 100.000 desempeñan su labor en el ámbito público y otros 56.000 lo hacen en el sector privado, la mitad de los cuales ejercen su labor al mismo tiempo en ambos modelos.

Ahora la mayoría de los recursos que el médico utiliza para tratar a sus pacientes pertenecen a una organización gestora como es el sistema de salud o a un grupo de personas que han optado por un esquema cooperativo de servicio, dispersión de riesgos y de costes. Simultáneamente, al no mediar el pago directo y no acceder los pacientes al facultativo que consideran con más capacidad y aptitudes se ha favorecido una progresiva sobreutilización de procedimientos o intervenciones. En relación con ello, a la elección de profesionales dentro del sistema sanitario público se le imponen restricciones en parte debidas a sus propias exigencias funcionales, pero en parte a una idea de relativización y supeditación de la libertad del individuo y desde un modelo social y político particular.

Sin considerar la participación de otras variables, esta es la situación de nuestro sistema de atención sanitaria. Obvia-

mente, el planteamiento será radicalmente distinto en el ámbito de la asistencia privada, condicionada en todo por un acuerdo tácito o explícito para prestar o recibir atención.

## La doble lealtad como conflicto médico

El hecho de que el pago por parte del paciente desaparezca del acto médico no tendría que implicar que los profesionales ignoren el costo de sus decisiones clínicas. Pero es comprensible que la presencia de terceros pagadores y la necesidad de que se le exija participar en la distribución de recursos a veces le puede crear al médico un conflicto de lealtades. Desde nuestro punto de vista, esta reticencia no debiera verse en todos los casos como un problema moralmente cuestionable, sino como una consecuencia obligada de la evolución de la prestación de servicios de salud.

El concepto de doble lealtad ha sido formulado por vez primera en nuestro país y hace ya varios siglos, cuando en tiempo de los Reyes Católicos los reinos y territorios fundamentaron su unidad en el universalismo de la confesión católica y en el interés de los propios monarcas de defender su actuación política. Esto dio lugar a que las relaciones entre la Monarquía y la Iglesia fueran conformando una dialéctica jurisdiccional cuyo fin era subordinar los intereses de una institución a los de la otra, al mismo tiempo que los personajes más influyentes de cada una de ellas justificaban la preeminencia de aquella a la que representaban. El concepto de la doble lealtad surgió, por tanto, como un conflicto entre el servicio al rey y las obligaciones con la iglesia.

No obstante, aceptada la posibilidad de un conflicto de esa naturaleza en el ámbito sanitario la cuestión práctica fundamental se tendría que situar más en su intensidad que en su presencia: cuando el interés secundario (garantizar el mantenimiento de los recursos) es tan fuerte que compromete severamente el interés primario (determinado por los deberes profesionales, que en el caso del médico tendría que ver con la salud del paciente) es evidente que se ha invertido la obligación del agente principal. Por lo tanto, la preocupación sobre ambas posiciones debe orientarse a controlar la intensidad de las inclinaciones confrontadas más que la simple y parece que inevitable presencia de tales conflictos.

## Obligación con el paciente, pero en conexión con los otros pacientes

El médico, que es quien determina cómo se utilizan las cuatro quintas partes de los presupuestos de salud, debiera sentirse obligado a realizar un uso racional de los medios técnicos y organizativos que se ponen a su disposición. Si extiende el principio de justicia a su responsabilidad como gestor está cumpliendo con un compromiso que hoy ya no puede eludir, ejerciendo en la consulta lo que el formulador de políticas (macronivel de gestión) ejerce a diario cuando decide sobre la disponibilidad y uso de recursos.

Ello va a suponer inevitablemente tomar decisiones a veces nada fáciles: restringir el acceso de unos para permitir una asistencia mejor y más justa a todos y de este modo contribuir a que los medios sean manejados de manera eficiente sin necesidad de un supervisor que pueda coartar su autonomía sobre la base de desautorizaciones, evaluaciones negativas, restricciones retributivas y órdenes incuestionables. De hecho, en los lugares en que estas prácticas se han generalizado ha llegado a considerarse que el médico es coaccionado y pierde su independencia de juicio. Pero si este no quiere verse vigilado por un “extraño”, lo lógico es que haga por su propia cuenta, considerando el interés general y desde la racionalidad, aquello por lo cual pueda ser hoy examinado y controlado.

Lo anterior no debería ser visto por los médicos como una claudicación de la ética hipocrática ante la ética distributiva; sería más bien una versión ampliada del compromiso del médico con su paciente. Es más, ese sería el camino lógico y sensato hacia la preservación del profesionalismo, que haría irrelevante la amenaza del control externo sobre la autonomía y que del mismo modo permitiría construir una relación en la que nuestra profesión saldría bien librada y reforzada. A la vez, resultaría consecuente con la búsqueda del equilibrio entre equidad y eficiencia y con la prestación de servicios de alta calidad. En síntesis, la obligación del profesional seguirá siendo frente a su paciente, pero en conexión con los demás pacientes.

## Una identificación deseable, un esfuerzo inaplazable

Sin embargo, esto ha sido visto demasiadas veces desde el terreno profesional como una amenaza, postura juzgada desde determinados ámbitos políticos y organizativos como propia de los “médicos nostálgicos”, lo que no puede considerarse más que un planteamiento tan inexacto como interesado. Y a la vez, los médicos declaramos frecuentemente percibir a los gestores sanitarios y a sus asesores económicos como los principales responsables de todas nuestras desgracias y desventuras, explicación en principio imprecisa y exagerada. Es cierto que los incentivos, la autonomía de gestión de los centros, la carrera profesional y la capacidad de decisión individual, frecuentemente han sido considerados por la Administración de forma cicatera, torpe y engañosa, en ocasiones propuestas o implantadas de forma autoritaria (gestión “vertical, unidireccional y descendente”). Eso sin considerar la desconfianza que puede generar la falta de rigor en la selección de los gestores, su muchas veces dudosa formación y capacidad, su nula evaluación y la arbitraria justificación de algunas de sus decisiones. Pero desde las instancias profesionales y sindicales es habitual que se exija a nuestros mandos y a las organizaciones políticas una lealtad demasiadas veces no correspondida. Con todo ello incluido en el análisis general, intentar acercar las perspectivas del economista y del médico perniciosamente enfrentadas en el contexto actual, puede que no resulte tarea fácil, pero

debemos ir aceptando que sería mucho más conveniente y fructífero buscar los puntos comunes de ambas posiciones que ahondar sus diferencias.

En un país en el que la regla es hablar más que hacer y vociferar consignas más que entrar en tolerante diálogo, la presencia de discursos atemperados por la reflexión y la confrontación leal de opiniones sigue siendo fundamental. El ámbito de nuestro quehacer profesional debiera aspirar a ser un foro amplio para estos debates, sin más censuras que las que imponen el decoro, el respeto a las personas y la racionalidad argumental. Desde esta consideración, llevar a cabo un replanteamiento formulando nuevos ideales y direcciones es la única vía aceptable para iniciar un programa de acuerdos que se siente cada vez más necesario e inaplazable. Si no se hace esto, la medicina se irá convirtiendo en una actividad económicamente insostenible, clínicamente confusa, socialmente frustrante y carente de orientación y propósito coherentes.

### Problemas profesionales y organizativos, pero sin cuestionar sus fines

Al plantear la relación entre conciencia ética y buenas prácticas administrativas no se puede hablar de imperativos morales sin tener en cuenta que la buena medicina debe prestar atención a cuatro objetivos básicos: la adecuada prevención de la enfermedad y/o promoción de la salud basadas en evidencias, las cuales, además, debieran ser aplicadas oportunamente; el alivio del dolor y del sufrimiento humano causados por los trastornos de orden físico o psíquico; el cuidado y curación de todos los que tienen padecimientos

y el celo en el consuelo de los que no pueden ser curados; la evitación de los fallecimientos prematuros y la aspiración a una muerte en paz. Todo ello respetando la dignidad y derechos de los enfermos.

Si bien el milenio ha comenzado con una crisis de los sistemas de salud y con los ciudadanos irritados e insatisfechos, la medicina sigue siendo la profesión mejor valorada por la población, dirigiéndose su opinión negativa más a las instancias gestoras y de gobierno administrativo por no haber cumplido con el objetivo de colocar al paciente en el centro del plan organizativo, burocratizar la asistencia, despreocuparse de la falta de información, generar listas de espera y permitir la saturación de los servicios de urgencia.

No obstante, el ciudadano de hoy debe entender que si espera que sus médicos busquen el beneficio del paciente sin importar el costo, estarán generando un mal resultado en la utilización de los recursos. Por eso, ese replanteamiento debe comprometer tanto a los profesionales como a la sociedad, que tendrá que empezar a considerar objetivamente las restricciones presupuestarias, la necesidad de pagar de los beneficiarios demandantes de algún servicio y la nueva responsabilidad del profesional en ese racio-namiento.

Con todo ello, es razonable confiar en que el debate que se va generando pueda ayudar a entender y asumir algunos de los cambios que en los próximos años se producirán, tanto en las coordenadas de dirección como en la modernización profesional. Y es imprescindible que a esa estrategia de renovación y a su definición los médicos le demos una respuesta comprometida y resuelta.



## Questionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".