

EL CONTROL DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN MÉXICO

Dr. Manuel Ortega González
Catedrático de la Facultad de Medicina y Cirugía
Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México

Lic. Rubén C. Portillo Mijangos
Maestro en Derecho Constitucional

Dra. Beatriz E. Cárdenas Morales
Profesora-Investigadora de la Facultad de Medicina y Cirugía
Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México

Corresponsal
Manuel Ortega
ortecard@hotmail.com
Tel.: (55)(951)5150157

Resumen

En el complejo proceso de la atención médica se deben tomar en cuenta varias consideraciones que deben ser compartidas por los usuarios, los prestadores directos de los servicios de salud y las instituciones responsables de ofrecer y otorgar dichos servicios. Las Diversas medidas o estrategias de control implementadas por las instituciones respectivas, con la finalidad de elevar la calidad de la atención médica, privilegian la evaluación de las acciones cuantitativas y, contrario a su objetivo, han facilitado el desarrollo de una medicina deshumanizada y burocratizada. Por lo anterior, consideramos necesario que se tomen en cuenta las acciones cualitativas, como nuevas medidas de control o vigilancia para obtener así una evaluación integral de la atención médica, que incida favorablemente en la calidad de ésta.

Palabras clave: Control, vigilancia, evaluación, ejercicio de la medicina.

Introducción

El control del ejercicio de la Medicina invariablemente ha tenido la finalidad de proporcionar una atención médica de la mejor calidad posible, sin embargo, observamos como en los últimos 30-40 años han aumentado las manifestaciones de

insatisfacción de los servicios médicos recibidos, principalmente relacionadas con las instituciones públicas de salud. Los principales controles del ejercicio de la profesión médica hoy en día son recientes y tienen su origen precisamente en los reclamos de la sociedad sobre las acciones derivadas de la atención médica, y en la demanda para que mejore la calidad de los servicios prestados por las instituciones responsables y encargadas de la atención médica. Al hacer un análisis de las estrategias de control que han utilizado las instituciones de salud, se observa que lejos de elevar la calidad de la atención médica, han propiciado un deterioro en la relación médico-paciente, con efectos más contraproducentes que favorables, al privilegiar predominantemente acciones cuantitativas y muy poco a las cualitativas.

Antecedentes Históricos

El control del ejercicio de la medicina surge con el origen mismo de esta ciencia a través de códigos, juramentos, normas, leyes, reglamentos, etc., que han regulado la práctica médica en las diferentes épocas y que han sido recopilados a lo largo de su historia. El más antiguo que conocemos es el Código de Hammurabi (1750 a.C.), el cual corresponde a un conjunto de leyes y representa al más antiguo repertorio legislativo conservado; comprendía unas 200 leyes escritas en tabletas y grabadas después en piedras para ser llevadas a diferentes lugares de la sociedad babilónica. Los castigos ahí plasmados variaban según la clase social pero, en general, se regían por el principio de *“ojo por ojo”*. La más grande preocupación de Hammurabi, llamado el Rey Justo, era la de evitar en lo posible todo tipo de abusos. La expresión más conocida del Código de Hammurabi es: *“Si un médico vacía un absceso del ojo y causa al paciente la pérdida del mismo, sus manos serán amputadas”*. De este documento se desprende el dicho popular de *“ojo por ojo, diente por diente”*. Hacia el año 460 a.C. encontramos el Juramento de Hipócrates que ha sido utilizado para regular el comportamiento del profesional médico desde un punto de vista ético y que ha servido de base para la Deontología Médica. Es sin lugar a dudas el documento más conocido y el que más ha influido en la medicina occidental. Posteriormente nos encontramos con el Fuero juzgo (415-654 d.C.), con La Quinta Partida (1252), en donde observamos claramente castigos ante la mala práctica médica.⁽¹⁾

En México, desde el Derecho prehispánico se forja el primer código sanitario nacional. Su autor, Netzahualcóyotl, incidió en la regulación de la medicina y es común recordar la prohibición de venenos en el Derecho azteca; asimismo, se estableció la primera campaña antialcohólica, fijando la pena de muerte para quienes consumieren bebidas

espirituosas (sólo a los ancianos les estaba permitida la ingestión de bebidas alcohólicas).⁽²⁾

En la época de los Reyes Católicos aparece el Real Protomedicato (1477) como una reglamentación de la profesión médica en el imperio español, operada a través de un tribunal formado por médicos que vigilaban el ejercicio de las profesiones sanitarias. En México, el Real Protomedicato se instaló en el año 1527 y el Cabildo de México nombró a Pedro López como el primer protomédico, pero al mismo tiempo existía un nombramiento real, es decir había una duplicación de nombramientos de protomédicos y consecuentemente una dualidad de poderes en cuestiones médicas, situación que prevaleció hasta el año de 1646 cuando por un informe de Juan de Palafox y Mendoza (Visitador de la Real y Pontificia Universidad de México) enviado al Rey Felipe IV de España, se tomó la decisión de nombrar un sólo tribunal formado por tres miembros y de ellos su presidente perpetuo lo sería *el catedrático de prima de medicina*.⁽³⁾ Por problemas de tipo político no se pudo aplicar la reglamentación del Protomedicato en el ejercicio profesional médico en México, solamente funcionó en cuanto a la educación y formación médica de esa época.

Dos siglos después y a partir de la primera presidencia de Don Valentín Gómez Farías (único médico de profesión que ha sido Presidente de México), empieza el florecimiento de la escuela de los higienistas mexicanos y la etapa científica del derecho sanitario mexicano (es de resaltar que este connotado liberal mexicano instauró el Instituto de Ciencias Médicas, que más tarde se convirtió en la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional de México (actualmente U.N.A.M)).⁽⁴⁾

Fue hasta el siglo XIX, cuando Benito Juárez en las leyes de Reforma es quien por vez primera utiliza la palabra salud en un ordenamiento jurídico, fundó el Consejo Superior de Salubridad e inició los trabajos hacia la elaboración del primer código sanitario en México. El 15 de Julio de 1891, el ejecutivo federal (Porfirio Díaz) en uso de sus facultades extraordinarias, expidió el Primer Código Sanitario del México independiente, y crea el primer régimen jurídico de la salubridad general en los Estados Unidos Mexicanos, ordenamiento que ha sido objeto de múltiples cambios en su contenido y denominación (emitidos en los años 1891, 1894, 1902, 1926, 1943, 1949, 1954 y 1973) hasta llegar a nuestra actual Ley General de Salud que entró en vigor el 7 de febrero de 1984. El carácter dinámico que la protección a la salud representa, ha implicado una constante revisión y actualización del marco jurídico que rige esta materia.⁽⁵⁾

Desarrollo

Ante la obligación del Estado Mexicano de cumplir con el mandato establecido en el artículo 4º constitucional, del Derecho a la Protección de la salud, el Gobierno Federal crea la Secretaría responsable de consumir dicho mandato. Secretaría que ha recibido diversos nombres, entre los cuales tenemos el de Salubridad Pública (hasta 1937), Secretaría de Asistencia Pública (hasta 1943), Secretaria de Salubridad y Asistencia (hasta 1977); actualmente es la Secretaria de Salud.⁽⁶⁾ Es apoyada en sus funciones por la creación de Institutos de Seguridad Social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La Secretaría de Salud ofrece sus servicios a la población mexicana que no tiene acceso a la Seguridad Social (Asistencia Social), siendo también la cabeza del sector salud en nuestro país.

El IMSS fue fundado el 19 de enero de 1943 por decreto presidencial del entonces Presidente de la República el General Manuel Ávila Camacho. Es una institución gubernamental, autónoma y tripartita (La Asamblea General –máxima autoridad de la Institución- está integrada por representantes del Gobierno Federal, de organizaciones patronales y de organizaciones de trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al instituto, condición denominada como asegurado, derechohabiente o usuario. Está considerada como la institución de seguridad social más grande de América Latina, al tener una población de 43'113,567 derechohabientes.⁽⁷⁾

El ISSSTE nace el 30 de diciembre de 1959 y entra en funciones en enero de 1960, siendo Presidente de México el Lic. Adolfo López Mateos; su máxima autoridad es la H. Junta Directiva integrada por once miembros: 5 de representación gubernamental, 5 de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y el Director General del Instituto. Esta institución tiene una cobertura de 10'798,948 (al 2006) de mexicanos.⁽⁸⁾

Si bien es cierto que estas instituciones públicas de salud han sido pilares fundamentales para cumplir el Derecho a la Protección de la Salud y han permitido, por mencionar sólo algunos ejemplos, que la población mexicana haya alcanzado el aumento en la de esperanza de vida a 75-77.5 años,⁽⁹⁾ y la reducción de la tasa de mortalidad infantil, también se reconoce que las instituciones públicas de salud no prestan servicios óptimos, es decir de la mejor calidad posible. Esto, aunado a las manifestaciones de inconformidad presentadas por los usuarios, así como los

reclamos y exigencias de la sociedad en general por mejorar los servicios médicos prestados, han ocasionado que las autoridades de las instituciones de salud hayan implementado una serie de estrategias para el control del ejercicio de la medicina, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención médica.

No obstante, las estrategias que se han desarrollado para el logro de tal fin, conciben a la deficiente calidad de la atención médica como un problema casi privativo de los prestadores de los servicios médicos y no como inherentes a las instituciones médicas, y de manera secundaria (en algunos renglones o “puntos”) a los procesos de constitución y organización de dichas instituciones, que además crean las condiciones de trabajo para cada uno de sus integrantes.

Estas instituciones públicas de atención a la salud, han puesto en marcha mecanismos de control del ejercicio médico, y muchos de estos controles han tenido un efecto contraproducente sobre la calidad de la atención médica al privilegiar exigencias de tipo cuantitativo y no de tipo cualitativo, por ejemplo se reconoce y se premia: 1) la puntualidad, controlada con registros de entrada y salida de los médicos; 2) el prescribir medicamentos que exclusivamente se encuentran dentro del cuadro básico; 3) el cumplir con el número de consultas en el tiempo prefijado; 4) el cumplir con el buen llenado de los formatos (de laboratorio, rayos X, recetas, traslados, notas en el expediente, etc.), para justificar cada acción médica. Como observamos se premia, y se considera buen médico, al que cumple con los indicadores empleados, es decir, al que cumple con las exigencias “administrativas” de control, todas ellas cuantitativas. Por otra parte, no existen indicadores o exigencias administrativas cualitativas para reconocer al verdadero buen médico, ya que no se premia o no se califica, por ejemplo: 1) el tiempo efectivo que dedica a cada acción; 2) lo apropiado de sus decisiones; 3) la relación médico-usuario; 4) la pertinencia de sus prescripciones; 5) la oportunidad de sus acciones; 6) el buen uso de la tecnología diagnóstica; 7) el uso efectivo de la tecnología terapéutica; 8) las relaciones que establece el médico con el resto del equipo sanitario; 9) su participación en actividades académicas; 10) su participación en proyectos de investigación y aportación de nuevos conocimientos médicos; 11) su actualización profesional continua.

Y no solamente no se reconocen, premian, o califican estas acciones que consideramos cualitativas, sino que en algunas ocasiones hasta existen trabas o impedimentos para su realización, ya que algunas de ellas llegan a ser consideradas como pérdida de tiempo o un obstáculo para alcanzar la meta o indicador cuantitativo.

CONTROL DEL EJERCICIO MÉDICO	
INDICADORES CALIFICADOS (CUANTITATIVOS)	INDICADORES NO CALIFICADOS (CUALITATIVOS)
Registro de entrada y de salida (puntualidad)	Tiempo efectivo dedicado a cada acción
Llenado completo de formatos (laboratorio, rayos X, traslados, interconsultas, recetas, solicitud de cirugías, etc.)	Conveniencia de sus decisiones
Otorgar las consultas programadas y asignadas en el tiempo prefijado	Relación Médico-Usuarios
Recetar medicamentos que estén dentro del cuadro básico	Pertinencia de sus prescripciones
Número de acciones prefijadas (consultas, cirugías, etc.)	Oportunidad de sus acciones
	Buen uso de la Tecnología (diagnóstica y terapéutica)
	Relaciones que establece con el resto del personal
	Participación en actividades académicas
	Trabajos de Investigación y aportaciones al conocimiento de la medicina
	Actualización profesional continua

Algunas de estas estrategias utilizadas hoy en día, como el asignar una consulta en un tiempo determinado (ejemplo en 10-15 minutos), propicia o favorece que el médico desarrolle una práctica médica deshumanizada y al cumplir con los demás indicadores cuantitativos, una medicina burocratizada.

La ausencia de una reglamentación puntualizada sobre lo que es un ejercicio adecuado de la Medicina, capaz de permitir cierto deslinde de responsabilidades, se ha ido enderezando a través del surgimiento de las Comisiones de Arbitraje Médico en México, a quienes se les ha dado la atribución de analizar y atender las inconformidades surgidas de la prestación de servicios de atención a la salud y como resultado del análisis del problema y una vez resuelto el mismo entre el usuario y el prestador de servicio, hacer las recomendaciones necesarias para elevar la calidad de la atención médica.

Conclusiones

Consideramos que una de las probables causas de los efectos negativos señalados, en relación a los controles del ejercicio de la medicina hasta ahora establecidos en las instituciones de salud, han surgido de propuestas planteadas por personal administrativo (no médico), que obviamente carece de la formación profesional necesaria para su elaboración. Creemos que el control (o vigilancia, como se le denomina en nuestro país) adecuado al interior de las instituciones de salud, debería emanar de dos fuentes:

- 1) De los propios médicos, siempre y cuando se logren condiciones de trabajo apropiadas para la realización de: la atención médica, la docencia, la investigación y la actualización profesional. Sólo la integración de estas cuatro esferas de actividades permitirá un ambiente de superación del ejercicio médico.
- 2) De los propios usuarios, ya que al ser ellos los receptores directos de la atención médica, se constituyen en la mejor instancia para valorar la calidad del servicio recibido.

Desde esta perspectiva se podrían implementar estrategias en los programas de control o vigilancia de la atención médica que significaran una mejor garantía para evaluar el control de la calidad, y pudieran influir de manera más efectiva en la superación del ejercicio de la Medicina.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ortega González, Manuel. La Bioética y el Derecho Sanitario. El Conflicto en la Práctica Profesional de Atención a la Salud. Ed. Pandora, S.A. de C.V. Guadalajara, Jalisco, México. 2008. p.p.:107-116
- 2) Flores, Francisco A. Historia de la Medicina en México desde la época de los indios hasta la presente. Tomo I, México: Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento. 1886.
- 3) Guerra, Francisco y Sánchez Téllez, M. del Carmen. El Obispo Palafox y Mendoza y la Dependencia Académica del Protomedicato en las Indias.

Universidad de Alcalá de Henares.

<http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/10017/5800/1/EI%20Obispo%20Palafox%20y%20Mendoza%20y%20la%20Dependencia%20Acad%C3%A9mica%20del%20Protomedicato%20en%20las%20Indias.pdf>

- 4) Cordero Galindo, Ernesto. Una década olvidada de la medicina mexicana (3ª de tres partes). Rev. de la Facultad de Medicina. Vol. 45. Num. 2. Mar-Abr. 2002. P.p.p.:78-80
- 5) Portillo Mijangos, Rubén. El Derecho Sanitario: Conceptualización y Fundamentos. El Conflicto en la Práctica Profesional de Atención a la Salud. Ed. Pandora, S.A. de C.V. Guadalajara, Jalisco, México. 2008. p.p.:91-105.
- 6) Línea del Tiempo de la Atención a la Salud en México, 1902-2002.
<http://www.mex.ops-oms.org/contenido/linea.htm>
- 7) www.imss.gob.mx
- 8) www.issste.gob.mx
- 9) Archivo: Life Expectancy 2009 Estimates CIA World Factbook.svg
http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Life_Expectancy_2009_Estimates_CIA_World_Factbook.svg

Revista SIDEME
ISSN 1688-6521