

## II. MEDICINA Y DERECHOS HUMANOS

## CALIDAD MÉDICA

Federico ORTIZ QUESADA

Referirse a la calidad de la atención médica en el paciente terminal requiere analizar la historia conceptual de tres ideas que han transformado su significación en los últimos diez años: calidad, medicina y paciente terminal.

La calidad, definida como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie, requirió para su evaluación objetiva del desarrollo de la estadística. Disciplina que data del siglo XVII cuando John Graunt publicó las *Observaciones naturales y políticas . . . sobre las cuentas de mortalidad* y, con mayor precisión a William Farr, quien en 1939 se encargó de las estadísticas médicas de Inglaterra y Gales. Esto permitió, primero, el estudio del comportamiento y evolución de la enfermedad y después ya entrado el siglo XX, el análisis de los resultados de diferentes tratamientos.

No debe sorprender su reciente incorporación al análisis de los procedimientos terapéuticos en el humano, toda vez que los métodos estadísticos fueron aplicados al control de la calidad industrial en 1947 por Abraham Wald.

La cuantificación de resultados en medicina permite conocer, con objetividad, si éstos están de acuerdo con las estadísticas mundiales o se separan de ellas.

Sin embargo, la calidad de la atención médica es más difícil de valorar ya que intervienen aspectos subjetivos, en muchas ocasiones éticos y los que son resultado de la acelerada transformación científico-técnica que caracterizan nuestra práctica. Por ello se ha propuesto que la calidad tiene tres componentes: 1) eficiencia, que mide la capacidad del procedimiento diagnóstico terapéutico para alcanzar los resultados propuestos; es decir, alcanzar las metas acordadas con los mejores resultados mundiales. Es en esta dirección don-

de se ha orientado, hasta la fecha, la mayor parte de las políticas médicas; 2) la pertinencia, que significa el grado utilitario en una circunstancia en particular y estado del paciente, la enfermedad, el costo beneficio, las alternativas, por ejemplo un gasto excesivo en una enfermedad leve, autolimitada, infrecuente, como la induración plástica de los cuerpos cavernosos, sería irracional y de mala calidad por la desviación en el costo beneficio. 3) el cuidado, que tiene que ver con la relación médico paciente, los aspectos psicológicos, la educación e información. En este sentido, el del cuidado, es posible afirmar que las instituciones públicas de nuestro país son de muy baja calidad en tanto no cuidan los aspectos afectivos de la práctica médica.

Además de los señalados (1, 2 y 3) existen otros componentes en la calidad de la atención médica como son los aspectos jurídicos. Tal es el caso de la práctica de abortos, la cual aun cuando reúna los requisitos previamente señalados: eficacia, pertinencia y cuidado, si se efectúa en un país que la prohíbe, automáticamente confiere a sus practicantes la categoría de mala calidad. También debe tomarse en cuenta, dentro de la calidad médica, los aspectos éticos: el ejercicio médico por mejor logrado, si carece de eticidad es de pobre o nula calidad.

Muchos aspectos, que van desde fenómenos emocionales hasta condicionantes económico-sociales, de organización, estructurales, ideológicos y otros, deben ser tomados en consideración al referirse al ejercicio de la medicina. Entre éstos y de manera muy especial destacan los derechos humanos, de los cuales apenas se inicia el estudio de la relación que éstos guardan con el saber y práctica de la medicina. Aspecto éste de fundamental importancia: un médico que viole los derechos humanos está ejerciendo una medicina de nula calidad y violando códigos éticos y jurídicos fundamentales como fue el caso de los médicos nazis.

Hoy presenciamos el avance de la genética, la biotecnología, la biocibernética, la informática médica. Esta vocación interdisciplinaria y la vinculación con la ciencia y la tecnología explican el vertiginoso desarrollo médico del siglo xx y con ello la modificación de conceptos que se consideraron inmutables; uno de ellos es el paciente terminal.

Cuando el médico se sabe impotente ante una enfermedad que avanza inexorable, es decir, cuando se pierde la esperanza en el tratamiento para preservar la vida, se habla de un padecimiento incu-

rable, terminal. El paciente se encuentra desahuciado, gravemente enfermo, moribundo o agónico. También en este terreno enfermedades antaño mortales, hoy día son fácilmente curables. La idea de incurabilidad ha tenido cambios considerables. Tal es el caso de las infecciones: hace apenas 60 años, la mortalidad estaba estrechamente vinculada a padecimientos infectocontagiosos, la plaga, la tuberculosis, la difteria asolaban la humanidad. Albert Camus escribió *La peste* refiriéndose a los acontecimientos que se produjeron en la ciudad francesa de Orán en los cuarenta. Thomas Mann, conocedor de la patología de su tiempo, escribió novelas en donde los personajes mueren de infecciones diversas: de tifo en los *Buddenbrook*, 1900; de cólera en *Muerte en Venecia*, 1912; de tuberculosis, en *La montaña mágica*.

Es preciso señalarlo: este tipo de infecciones ya no constituyen un problema para la ciencia médica, si existen personas que siguen muriendo de cólera se debe a la carencia de recursos médicos e higiénicos a su disposición.

El avance médico, en lo que va del siglo, se ha visto reflejado en las cifras promedio de esperanza de vida al nacer: en el México de 1900, éstas eran de 29.5 años y en la actualidad están alrededor de los 68 años, para ascender en grupos de alto ingreso económico a los 75 años.

Con lo anterior deseo subrayar que el concepto de enfermedad terminal se ha transformado: la insuficiencia renal, el tumor de Wilms, un sarcoma de Ewing, ciertas variedades de leucemia, el linfoma, y otras ya no son padecimientos terminales. En cambio, otros padecimientos como el cáncer diseminado: el síndrome de inmunodeficiencia adquirido, en etapa avanzada; la muerte cerebral, la vejez; pueden considerarse etapas terminales de la vida. El médico se pregunta qué hacer frente a una realidad cambiante que transforma las respuestas en la medida que las preguntas son modificadas por la evolución histórica que se caracteriza por la modernidad y progreso que transforma ante nuestros ojos a una práctica que durante algunos años permaneció estática y, “en apariencia”, desvinculada del mundo.

En la actualidad el médico tiende a convertirse en científico o en técnico alejado del humanismo que definió a nuestra profesión. El precio de curar ha sido pagado por la calidez humana y elevados costos económicos. Hoy muchos no mueren de enfermedades infectocontagiosas pero la medicina ingresa al terreno de la macroecono-

mía en tanto se gastan importantes sumas que afectan el producto interno bruto de los países.

La medicina ha ingresado en un nuevo periodo, algunos lo califican como era postmédica, en el cual los impensados éxitos de hace apenas diez años constituyen el problema; en tanto todos quieren tener acceso a ellos. La sociedad actual, caracterizada por el individualismo hedonista, rechaza hasta el más mínimo de los sufrimientos, anhelando el máximo de los placeres. Gozo eterno que matiza nuestros más inconscientes deseos. Estas demandas se le dirigen a la medicina. A veces con ira: ¿cómo es posible que el cáncer aún no pueda ser curado? ¿No se está haciendo nada con el SIDA!; u otras preguntas que revelan que muchas personas creen que es posible extirpar la enfermedad, matar la muerte.

La visión hegenómica de nuestros días consiste de tres ingredientes principales: el primero se basa en una idea de salud ilimitada e infinita; el segundo es la noción subjetiva de necesidad individual que se sobrepone a necesidades sociales y el tercero se refiere a los derechos humanos, en particular el derecho individual para acceder a una atención médica irrestricta y de excelente calidad.

La verdad es que no existe un horizonte histórico ausente de enfermedad y muerte; también, la medicina no es todo lo precisa que nosotros deseamos. La incertidumbre es la constante de nuestra vida, de toda vida. Más aún, en el terreno médico se depende de numerosas variables: en un estudio reciente, efectuado por la Dartmouth Medical School, se registraron variaciones hasta de 10 veces en la hospitalización debido a diferentes criterios entre médicos; en la conclusión de este estudio se reveló que ello se debía a la falta de certeza médica respecto al mejor tratamiento a seguir. Lo mismo se encontró para la frecuencia de operaciones.

Si esto acontece en padecimientos bien definidos y comunes, donde no existen problemas éticos, ¿qué es lo que acontece cuando aparecen factores ligados con la eticidad y lo subjetivo como es el caso del paciente terminal?

Hace tres años se creó en Estados Unidos, el país promotor del control de la calidad en la industria, la comisión nacional para el cuidado de la salud; en su primer reporte afirma no tener los medios suficientes para detectar la calidad en el cuidado médico; señala que su sistema de control de calidad es rudimentario.

Esto nos conduce rectamente a una conclusión amplia y general: ante la ausencia de definiciones precisas y controles de calidad en

la práctica médica, los criterios para su ejercicio cotidiano son subjetivos y por ello susceptibles de grandes variaciones y errores. Por lo tanto, los derechos humanos pueden ser violados constantemente debido a que éstos no han sido definidos. Muchas preguntas no han sido contestadas. ¿Es imperativo decirle al enfermo la verdad? ¿Hasta cuándo debe prolongarse un tratamiento extraordinario? ¿Cómo responder a la eutanasia, distanasia, adistanasia y ortotanasia? Estas preguntas y más tendrán que responderse adecuada y dinámicamente tomando en consideración las aceleradas transformaciones científico-técnicas y las nuevas visiones del mundo. Nos encontramos frente a un mundo nuevo totalmente desconocido y, por lo mismo, deberemos definir nuevamente el significado de la vida y de la muerte, de la salud y la enfermedad, del dolor y el placer; sin perder de vista los valores fundamentales para la humanidad; lo que es sagrado para el hombre.

La medicina es hoy más que nunca una necesidad individual y social. Con su teoría y práctica ha aportado la posibilidad de curar con éxito enfermedades antes mortales y además ha participado, de manera muy importante, en la creación de nuevos valores para la humanidad.

Por si esto fuera poco, contribuyó de manera decisiva a la construcción del pensamiento racional que caracteriza a los occidentales. Es dentro de este sentido que puedo afirmar: la medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades.

Por ello debemos, como individuos y sociedad, participar de manera más activa en su construcción futura, mediante una mejor información acerca de la calidad, eficacia, indicaciones y eticidad de los servicios médicos, colaborando en su transformación hacia una práctica más científica, vale decir, con menor grado de incertidumbre, desarrollo de métodos de control de calidad que permitan el ejercicio de una medicina de excelencia. Todo ser humano tiene derecho a esto.