

Reflexión Ético-Médica Sobre El AUGE

A Medical-Ethic Reflexion On The AUGE

Carlos Y Valenzuela*

Resumen

Se analizan conceptos fundamentales y proyecciones del primer proyecto de ley que el Gobierno de Chile envió al Parlamento sobre Acceso Universal a la salud con Garantías Explícitas (AUGE), desde la ética médica principalista. El Proyecto está basado, en la práctica, en la definición de un listado de enfermedades que serán "mejor" atendidas que antes del Proyecto, dejando a las enfermedades no listadas para ser atendidas "peor" que las incluidas en AUGE. El sistema propuesto contiene errores epistemológicos severos ya que las enfermedades no existen como procesos bióticos; son entelegias nominales que ordenan la pesquisa diagnóstica y la terapéutica. En cambio los pacientes que sí existen pueden presentar varios diagnósticos (AUGE o no-AUGE), quedar sin diagnóstico (injusticia irreducible de AUGE) o demorar discriminadamente hasta que se llegue al diagnóstico para así entrar o quedar fuera de AUGE. Con AUGE la persona humana es mediatizada por el diagnóstico al cual se pueda llegar; una vez llegado a él y sin su consentimiento será derivada a un sistema supuesto "mejor" o "peor" con lo que se viola los principios de respeto a la autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia. AUGE se entromete y tergiversa la praxis profesional y la ética médica; un recurso en salud disputado por un paciente AUGE y por otro no-AUGE tendrá que ser concedido al primero, por motivos económicos y legales, independiente de los criterios técnicos, éticos y científicos de la medicina.

Palabras claves: Reforma en Salud, Ética Médica

Abstract

The first bill that the Chilean Government sent to the Parliament about Universal Access to the health services with Explicit Guarantees (AUGE) is analyzed in the light of medical ethics. In practice, the Project is based on the definition of a list of (AUGE) diseases better attended than before, leaving the remaining diseases to be attended worse than AUGE ones. AUGE includes severe epistemic errors because diseases (diagnostics) are not biotic processes, but, nominal conventions made to order the diagnostic ascertainment and therapy. Patients do exist (biotic processes) and may present several diagnostics (AUGE and non-AUGE), remain without diagnostic (irreducible AUGE injustice) and, discriminately wait

* Programa de Genética Humana. Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Independencia 1027, Casilla 70061, Independencia, Santiago, CHILE. FAX (56-2) 7373158; Phone (56-2) 6786456 – 6786302. E-mail < cvalenzu@med.uchile.cl >

for a diagnosis to be included or excluded from AUGE. Human persons (patients) are submitted to possible diagnostics by AUGE; once the diagnosis is proposed and without the patient's consent he or she will be distributed to an assumed "better" or "worse" system of medical attention. This treatment of patients violates the principles of autonomy, justice, "do not harm" and beneficence. AUGE distorts the professional practice and ethics of medicine. A health resource disputed for an AUGE and a non-AUGE patients should be assigned to the first one, to avoid falling in economic or legal malpractice, independently of technical, scientific or ethical criteria of medicine.

Key Words : Health reform, Medical Ethics

INTRODUCCIÓN

El Gobierno de Chile quiere realizar una reforma en Salud. Uno de sus proyectos es el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). No podemos analizar el primer proyecto de ley completo y sus modificaciones en el Parlamento. Me remitiré a tres aspectos del proyecto original (Proyecto) y a su "espíritu" (1).

DEFINICIÓN DE SALUD

Para el Proyecto (párrafo 2 | Antecedentes históricos) "La salud es un producto de la vida en sociedad. Por ello, cada época y cada sociedad tienen su particular estado de salud, generado por la combinación de factores que hacen posible incrementar el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos." Discrepa esta definición con la de la OMS irreductiblemente en al menos dos elementos importantes y cruciales. Para la OMS la salud es una condición de vida (bienestar) no un producto de la vida, como es la vivienda; la salud o su carencia se da en un individuo y no necesariamente en la sociedad como es el mercado. Mucho de la patología genética no depende de las sociedades. Confunde indicadores, acciones, personas y factores implicados en salud con la salud misma. Es obvio el sesgo ideológico de la definición del Proyecto. Un producto social de la vida humana es mercantilizable, una condición intrínseca de los individuos no. Esta definición de salud es afín al neoliberalismo que el Gobierno Militar trató de imponer en Chile y que la Concertación ha aceptado. Neoliberalismo impuesto autoritariamente con una Constitución consecuente. Lo grave, que motiva este escrito, es que se trata de imponer en salud, sin discutir a fondo sus condicionantes ideológicos, científicos, técnicos, de arte y éticos, un modelo que no representa la vivencia de la medicina mundial. Se supedita las concepciones y ejercicio de la medicina

y de su ética universales a una sola visión ideológica que distorsiona la ética y la medicina.

INTENCIÓN FUNDAMENTAL

La intención del Proyecto es: "La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud." (Proyecto II. Valores y principios que informan la reforma en salud. 2. Equidad en salud. párrafo 2). En el "espíritu" del Proyecto se reconoce que hay desigualdades "inevitables" a las que se renuncia "a priori" a nunca reducir. ¿Cuáles son éstas? No son las desigualdades genéticas que se darán con o sin Proyecto. Entonces, son las desigualdades ambientales de las cuales las principales cualitativa y cuantitativamente son las socio-etno (genético)-económicas que constituyen una realidad en Chile (2-4). La estratificación socioeconómica puede ser caracterizada por la determinación de variables que implican diferentes grados de estructuración e importancia sociocultural. Entre estas variables están: poder (personas bajo influencia de decisiones), educación, prestigio, ocupación, estilo de vida, fuente de ingreso, ingreso, calidad de vivienda, barrio y muchas otras de menor importancia. Los estudios han señalado que la ocupación de los padres o la fuente de ingreso son las variables que comprende la mayor parte de la variabilidad del estrato socioeconómico. Se ha adaptado a Chile un correlato entre las clasificaciones del Prof. M. Graffar, del Prof. O Sepúlveda y del Reino Unido para estimar el estrato socioeconómico principalmente por las ocupaciones (5). Hemos aceptado la Clasificación no Jerarquizada de Ocupaciones del Prof. Orlando Sepúlveda y la confiabilidad que da el correlato con esas otras clasificaciones en nuestros trabajos sobre el gradiente sociogenético de la población chilena

(2-4). En estos estudios los estratos alto, medio y bajo son 5, 20 y 75% de la población de Santiago y contienen 0, 20 y 30-40% de mezcla amerindia, respectivamente. La antropometría difiere ostensiblemente entre el estrato alto y bajo; por ejemplo, la estatura promedio del varón es 175 y 170 cm y en la mujer 165 y 155 cm en esos estratos respectivamente (6-8). El color de la piel, pelo y ojos es más oscuro en el estrato bajo, donde los varones son más oscuros que las damas, dimorfismo que no presenta el estrato alto (9). Carentes de un estudio exhaustivo de la morbimortalidad por estrato, suponemos que la patología genética más frecuente en los caucásicos será más frecuente en el estrato alto que en el bajo y, viceversa, como por ejemplo, la fibrosis quística y la hemocromatosis donde los caucásicos presentan frecuencias génicas de 2 y 10% respectivamente y los amerindios prácticamente casi no tienen (10). Esta estratificación socio-etno-económica determina el acceso y calidad diferencial a las prestaciones de salud, educación, vivienda y al poder. Un tercio de los nacidos en Chile da la prueba de selección para la Educación Superior (25, 55 y 80% por estrato bajo, medio y alto, respectivamente) y los con puntaje (sobre 500 en PAA) para entrar a la Universidad son cerca de 30, 80 y 95% por estrato bajo, medio y alto, respectivamente (11). Si el Proyecto pretende dejar intacta esta injusticia social que es la que genera el acceso diferencial a la salud, entonces toda medida está condenada a ser cosmética o, peor, a disfrazar una solución con justicia, cuando en realidad tapaná algo de la injusticia creando otra de acuerdo a una variable nueva supuestamente imparcial (diagnóstico).

CRITERIO DISCRIMINANTE PARA INGRESAR AL NUEVO SISTEMA

Aceptemos que el sistema actual de salud de Chile atiende a todas las personas y su deficiencia reside en la calidad, oportunidad y expedición distinta según estrato socioeconómico o sistema al cual la persona pertenece. Puede no tener afiliación como indigente o privado (no institucional) o, estar afiliado a FONASA o Isapre. Aceptamos también que AUGÉ mejora esta situación en calidad, oportunidad y expedición para todos los que ingresan a él. Es importante enfatizar que todos los sistemas que ya hay afilian a "personas" para ser atendidas.

Definición de un listado de enfermedades. El Proyecto establecía "Artículo 3o.- El Régimen establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a

ellas..." El listado de enfermedades no es fijado por ley sino que se deja a la competencia del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud tomando en cuenta variables como frecuencia (incidencia-prevalencia), éxito de las intervenciones, costo-beneficio, oportunidades de acceso y otras generó el listado tentativo de las 56 patologías que aún se re-estudian. Esta posición científica - médica - política puede traer consecuencias graves. El Estado de un país es su organización para su bien común. Tiene un aparato mono-ideológico que es el Gobierno (incluye al Ministerio de Salud), un aparato pluri-ideológico que es el Parlamento, un aparato judicial (de ideología implícita plural) y cuerpos científico-técnicos como son los sistemas públicos de Educación, Salud y otros. Si el listado de enfermedades se genera por la elección de algunas variables discriminantes de entre centenares como es el caso de la salud, esta elección no puede hacerla el Ministerio porque obedece a la ideología del Gobierno al cual pertenece. Elegido el conjunto de variables el listado de enfermedades se genera por análisis estadístico. La ideología se manifiesta por las variables elegidas y por el valor que se le da a cada una. Si el próximo Gobierno elige otras variables el listado cambiará. La imposición del marco ideológico que selecciona las variables es autoritaria, no técnica. Deberían escogerse por peritaje de las Facultades de Medicina de las Universidades Chilenas o por una comisión de peritos ad hoc.

Se comete una inconsistencia con la medicina y la ética médica al determinar que el factor discriminante para ingresar o no al sistema sea estar "rotulado" con una de las enfermedades definidas por ese Ministerio. Esta inconsistencia tiene varias facetas.

Epistemológica. Las enfermedades no existen, las personas que sufren sí (pacientes). Las enfermedades tienen mucho de convencional (DSM-IV), son sistematizaciones que ordenan el quehacer en salud pero a veces lo complican. Pueden cambiar de un año a otro por el avance científico, tanto en diagnóstico como en terapia. El manejo de un paciente para asignarle una enfermedad es mediante hipótesis diagnósticas que se corroboran o refutan a medida que es "examinado" desde más puntos de vista. AUGÉ trabajará necesariamente con diagnósticos tentativos. ¿Cómo se atenderá a un paciente con un infarto cardíaco que es AUGÉ e insuficiencia cardíaca que no lo es? ¿Qué sucederá si el diagnóstico de ingreso es AUGÉ y el de egreso es no AUGÉ y viceversa? La ley ignora que una gran cantidad de pacientes quedan sin diagnóstico y los diagnósticos

tentativos no son siempre convincentes, además de ignorar que una gran parte de los diagnósticos son erróneos cuando se los coteja con anatomía patológica (12). En consultorios complejos como los de enfermedades genéticas, el 40% de los pacientes no pueden ser rotulados con un diagnóstico. La ley va a nacer viciada no incorporando nunca a estos pacientes no rotulables y mal incorporando o no a los erróneamente rotulados. El tiempo, procedimiento y exámenes necesarios para llegar a un diagnóstico confiable varían según enfermedad. ¿Bajo que régimen se atenderá al paciente hasta que se tenga un diagnóstico confiable?

Ética Médica. De partida se asigna a una nueva variable (diagnóstico) la catalogación de las personas (pacientes). Ya indicamos que hay discriminación negativa insalvable para con los pacientes no-rotulables, injusticia con los pacientes mal rotulados y espera y gastos diferentes según dificultad diagnóstica para entrar o no a AUGE, independiente del paciente (injusticia). Hay una supeditación de la calidad de la atención que se da a una persona según su diagnóstico: las personas merecen mal o menos mal trato (se valoran) según su diagnóstico. AUGE ingresa diagnósticos no personas, pero a éstas las distribuye hacia un sistema antiguo deficiente o hacia un sistema nuevo menos deficiente, sin su consentimiento, con lo que viola los principios de respeto a la autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia.

Intrusión distorsionante en los criterios técnicos y éticos de la medicina. Si compiten dos pacientes uno AUGE y otro no-AUGE por algún recurso en salud, (una cama), el médico a cargo de la decisión tendrá que considerar que uno está financiado y el otro no tanto y, por ley estará obligado a dar el recurso al paciente AUGE, para no incurrir en mal uso de recursos, independiente del criterio médico o ético de asignación del recurso. El caso de las listas de espera para pabellón puede ser dramático. Un paciente con cardiopatía operable AUGE puede desplazar a 4 pacientes con hernia no-AUGE, con lo que se crearán dos listas de espera, una de corta (AUGE) y otra de larga espera (no-AUGE); es probable que el promedio del tiempo de espera aumente un poco, pero, las dos listas de espera con modos distintos aumentarán mucho la varianza de la espera y la injusticia del sistema que le es proporcional. Si la insuficiencia renal está en AUGE y las intoxicaciones que necesitan diálisis no, entonces los insuficientes renales desplazarán a los intoxicados, los que incluso pueden morir por esta espera.

Injusticia socio-etno-económica. Si la fibrosis quística está en AUGE y se da más en el estrato socioeconómico alto (ver Intención fundamental), este estrato gastará más recursos de todos los chilenos por esta patología que el estrato bajo. La enfermedad más frecuente, que causa más sufrimiento y daño económico al país es el retardo escolar, especialmente del estrato bajo (delincuencia, falta de incorporación eficiente a la productividad, etc.), pero no está en AUGE. La inversión en psicoterapia y educación preventiva ahorraría mucho y se evitaría un gran sufrimiento a toda la población.

Podríamos continuar el análisis. No es el caso. Se han publicado dos artículos con una posición diferente (13, 14). Se plantea que si las reformas son racionales, mejoran la acción en salud en alguna medida y si son económica y técnicamente factibles deben realizarse independientemente de su marco ideológico. Reconoce, el autor, que pueden en algunos contextos “ser sentidas” como injustas o violando ciertas formas democráticas y justifica la toma de las medidas a pesar de estos resentimientos porque ya hay formas médicas operando que violan principios y también producen sensaciones de incomodidad. Estos artículos son una reflexión racional sobre aspectos, situaciones o escenarios de una nueva ley en el contexto de salud actual, pero, no ahondan en el análisis ético, científico o filosófico de los fundamentos ideológicos de la ley ni de sus consecuencias prácticas sobre los principios éticos de la medicina o del ejercicio profesional. Es igualmente válida la alternativa que no acepta ni las diez primeras ni la undécima violación de una persona, porque ha sido hecha en condiciones menos vejatorias (más justas), mas bien pensada y realizada (racionalmente), se ha obtenido más dinero con ella, se ha dejado más conforme a la persona violada y ha traído menos consecuencias nefastas secundarias.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) de Chile entre los años 1955-1975, con una inversión exigua en relación al resultado, muy bien pensada y solidariamente realizada, terminó con la estructura de la morbimortalidad de un país pobre y la llevó a la de un país tecnificado (15, 16). No hay empresa ni obra en Chile y muy pocas en el mundo que puedan compararse. Aún, ahora, en fomento, desarrollo y prevención en salud sigue teniendo importancia capital. Los sistemas privados de salud que empezaron a tener peso desde 1985 no han aportado nada comparable y encarecieron la medicina. Se plantea que el SNS no habría podido absorber la compleja tecnificación de la medicina. Es falso, ya que Cuba lo ha hecho e inició algunos de sus programas

de salud en base al SNS chileno. Siempre el sistema solidario será más barato, democrático y eficiente que el sistema mercadista, individual, neoliberal. Siempre invertir en fomento, desarrollo y prevención en salud y en salud primaria será más barato y eficiente que invertir en medicina curativa. La terapia génica que parece muy compleja es la mejor medicina preventiva y puede llegar a ser muy barata (17). Salvador Allende G. trabajó, de por vida, para disminuir las enfermedades crónicas de terapia compleja y poco eficiente (18). Su tesis de licenciatura la realiza con pacientes psiquiátricos delincuentes (19) y como Ministro de Salud (1939) propone el proyecto de esterilización de los pacientes psiquiátricos

hereditarios (20). Al asumir la Presidencia de la República de Chile (1970), sabía que el desarrollo de la medicina se haría más complejo y que el SNS debería asumir la labor de educación en salud, para preparar a la población en el fomento, desarrollo y prevención de enfermedades complejas como el alcoholismo, drogadicción, hipertensión, obesidad, diabetes, vasculares, etc. Trabajé con él mismo en La Moneda sobre un programa de prevención de alcoholismo que estaba en ese contexto. Creo que un programa masivo de educación integral en arte, deporte y dieta, más una reforma en la atención primaria de salud le ahorren mucho más al país y tengan una eficiencia mejor que el AUGÉ.

Referencias

- LAGOS R, ARTAZA O, EYZAGUIRRE N. *Proyecto de Ley enviado a la Honorable Cámara de Diputados de Chile (Mayo de 2002)*.
- VALENZUELA CY. *Marco de referencia sociogenético para los estudios de salud pública en Chile. Rev Chil Pediat 1984; 55: 123-7.*
- VALENZUELA CY, ACUÑA M, HARB Z. *Gradiente sociogenético en la población chilena. Rev Med Chile 1987; 115: 295-9.*
- VALENZUELA CY. *On sociogenetic clines. Ethol Sociobiol 1988; 9: 259-68.*
- VALENZUELA J, DÍAZ E, KLAGGES B. *Empleo de un nuevo método de clasificación social. Cuad Med Soc 1976; 17: 14-22.*
- AVENDAÑO A, VALENZUELA CY. *Seguimiento longitudinal de crecimiento y desarrollo 6 a 20 años de edad. Área Norte de Santiago. Pediatría (Santiago) 1988; 31: 4 58.*
- YOULTON R, VALENZUELA CY. *Patrón de crecimiento en estatura y peso de 0 a 17 años y circunferencia craneana de 0 a 2 años de niños de estratos socioeconómicos medio alto y alto de Santiago. Supl Rev Chil Pediat 1990.*
- VALENZUELA CY. *Evaluación de la estatura como indicador nutricional poblacional. Rev Med Chile 125: 595-604, 1997*
- ZEMELMAN V, VON BECK P, ALVARADO O, VALENZUELA CY. *Dimorfismo sexual en la pigmentación de la piel, color de ojos y pelo y presencia de pecas en adolescentes chilenos en dos estratos socioeconómicos. Rev Med Chile 2002; 130: 879-84.*
- GUIRALDES E, VALENZUELA C, TAGLE MS, LARGO I *Cystic fibrosis: an emerging disease. Rev Med Chil. 1988; 116: 1336-8.*
- AVENDAÑO A, VALENZUELA CY. *Situación educacional de adolescentes en seguimiento longitudinal: 6-20 años de edad. CPU Est Soc 1988; 55: 73-82.*
- ZEMELMAN V, VALENZUELA CY, FICH F, ROA J, HONEYMAN J. *Asertividad en el diagnóstico clínico de los tumores cutáneos. Rev Med Chile 2003; 131: 1421-7.*
- ROSSELOT E. *Aspectos bioéticos comprendidos en la Reforma de la Atención de la Salud en Chile. I.- Los problemas del acceso a la salud y el costo de los recursos. Rev Med Chile 2003; 131: 1079-86.*
- ROSSELOT E. *Aspectos bioéticos comprendidos en la Reforma de la Atención de la Salud en Chile. II.- Discriminación, libre elección y consentimiento informado. Rev Med Chile 2003; 131: 1329-36.*
- BLANCO R, VALENZUELA CY, WALTON R. *Análisis del factor para la estructura de las causas de muerte en Chile en el quinquenio 1961 1965. I Parte. Rev Med Chile 1977; 105: 822 9.*
- BLANCO R, VALENZUELA CY, WALTON R. *Análisis del factor para la estructura de las causas de muerte en Chile en el quinquenio 1968 1972. II Parte. Rev Med Chile 1977; 105: 934 41.*
- VALENZUELA CY. *Ética científica y terapia génica de individuos. Rev Med Chile 2003; 131: 562-8.*
- CRUZ-COKE R. *Síntesis biográfica del doctor Salvador Allende G. Rev Med Chile 2003; 131:809-14.*
- ALLENDE S. *Higiene mental y delincuencia. Resumen de tesis para optar al título de Médico-Cirujano de la Universidad de Chile. Manicomio de Santiago, 1933.*
- ALLENDE S. *Ley de esterilización chilena. Proyecto de ley presentado el 11 de Noviembre de 1939.*