

# REFLEXIONES ÉTICAS EN OFTALMOLOGÍA

## ETHICAL CONSIDERATIONS IN OPHTHALMOLOGY

DR. MIGUEL KOTTOW L. (1)

1. DOCTOR EN MEDICINA, PROFESOR TITULAR. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE CHILE.

Email: mkottow@gmail.com

### RESUMEN

La oftalmología es una especialidad con fuerte dependencia de aparatos e instrumentos diagnósticos y terapéuticos, volviéndola especialmente susceptible a procesos sociales y económicos que tienen por consecuencia una profunda modificación de la tradicional relación entre médicos y pacientes, transformada en una interacción de proveedores y clientes que se regula fundamentalmente en el libre mercado.

El presente artículo perfila tres procesos que marcan la práctica oftalmológica actual: la medicina del deseo que extiende sus servicios a sanos y enfermos, la sofisticación instrumental diagnóstica que desestabiliza los criterios de prevención y precaución, la subespecialización, privatización y monopolización de la práctica clínica que acentúa las brechas entre atención privada y pública, a tiempo que profundiza las inequidades en salud y atención médica.

Las consecuencias en nuestra sociedad de estos procesos hace imperiosa y oportuna la reflexión ética correspondiente y su incorporación en la formación de futuros oftalmólogos.

*Palabras clave:* Justicia sanitaria, ética médica, medicalización, mercantilización, oftalmología.

### SUMMARY

Ophthalmology is highly dependant on sophisticated and costly instrumentation, thus being strongly influenced by social and economic processes that are remodeling the traditional physician-patient relationship into a provider-client interaction subject to free market influences.

Three processes appear to define current ophthalmological practice: enhancement medicine that serves both the healthy and the sick, high-tech diagnostic explorations that unsettle preventive and precautionary criteria, and the tendency towards subspecialization, privatization and monopolization of clinical practice. The schism between private and public medical services is thus deepened, increasing the inequities in health and medical care.

It is necessary to foster ethical debates on the consequences these processes have on our social reality, and to insert such issues into the training of future ophthalmologists.

*Key words:* Justice in health care, medical ethics, medicalization, mercantilization, ophthalmology.

### INTRODUCCIÓN

La oftalmología es una especialidad médica que ha suscitado una serie de imágenes, prejuicios y opiniones, que en conjunto la dotan de un sello de exclusividad y le imputan una sólida cohesión gremial. Su práctica es vista como elegante y limpia, mezcla de conocimientos y habilidades, relativamente libre de urgencias, con horarios de trabajo reglados y proveedora de ingresos que están entre los más elevados de la profesión médica. Como toda generalización, también las referentes a la oftalmología tienen alguna base en la realidad, pero son desmedidas y ciertamente desestiman que hay oculistas en quienes prima la vocación de servicio, la artesanía cuidadosa y desinteresada, el espíritu académico y la modestia. Es llamativo que otras especialidades médicas de similar complejidad teórico-práctica como la neurocirugía o la otorrinolaringología no han despertado el imaginario médico y social como lo hecho la oftalmología. Un cierto sello de sofisticación puede provenir de

que oftalmólogos se destacaron en otros campos, como el creador de Sherlock Holmes, Arthur Conan Doyle, o Leyzer Zamenhof que inventara el idioma internacional Esperanto.

Como toda práctica médica, la oftalmología tiene su propio código de ética, participando de los mismos conflictos y transgresiones que maculan el prestigio de la profesión y que no son aquí materia de discusión. Más interesante resulta abordar algunos alcances éticos de facetas muy propias de la oftalmología, aunque no exclusivas a ella, que inciden en la medicalización, la mercantilización y la sofisticación de las prácticas médicas.

### OFTALMOLOGÍA DE ALTA TÉCNICA

El examen oftalmológico ha realizado ingentes progresos desde que Helmholtz inventara el oftalmoscopio, Goldman presentara la histología in vivo que se logra con el biomicroscopio, se creara la imaginaria de la circulación retinocoroidal mediante angiografías con diversos colorantes. Se perfecciona constantemente la capacidad de escudriñar espacios recónditos del ojo con lentes de diseño especial, la auscultación del ojo opaco y de la órbita con ultrasonido, la documentación gráfica y numérica del grosor de estructuras oculares con escaneo digital. En lo quirúrgico, los avances y las sofisticaciones han sido aún mayores, desde la tradicional extracción de catarata hasta su emulsificación, desde el lente de contacto afáquico hasta el intraocular plegable y de foco múltiple, desde la queratoprótesis al injerto corneal y a la cirugía refractiva, de la diatermia retinal de Gonin a la cirugía vitreoretinal, la fotocoagulación con fuentes energéticas cada vez más sofisticadas: ampolleta de xenón, cristal de rubí, gas argón, kriptón, YAG.

Todo esto se presenta como triunfos de la biotecnociencia moderna que nace en el siglo pasado fustigada por el emprendimiento, el tesón científico, la inventiva instrumental para ocupar nichos y parcelas del mercado y desplegar las ofertas de una medicina crecientemente sofisticada que extiende su ámbito de acción hacia el cuidado de lo normal y la meta de la perfección. La medicina es terapéutica de desórdenes orgánicos, pero también proveedora de servicios dispensables, dejando en penumbra los conflictos éticos que tanto esplendor no puede dejar de arrastrar. El espacio clínico se transforma en mercado médico, la relación médico-paciente pasa a ser la de proveedor-cliente y se distorsiona porque enfermedad y cuidados médicos no constituyen un escenario apropiado para la negociación contractual donde se entremezclan ofertas que contienen redundancias y superfluidades, con demandas que pueden estar acuciadas por urgencia y necesidad, o estimuladas por deseos y tentaciones.

Es precisamente la acelerada dinámica instrumental donde se insinúan problemas éticos emergentes que hacen de la "oftalmóutica" un campo de interesante y necesaria reflexión, que aquí se escorzaría a lo largo de tres filones: la sofisticación instrumental, la medicina del deseo -perfectiva o desiderativa-, y algunos aspectos de la oftalmología preventiva.

### SOFISTICACIÓN INSTRUMENTAL Y SUS EFECTOS SOCIALES

El oftalmólogo que mantenga el hábito de concurrir regularmente a congresos, queda apabullado por la cantidad de novedades que aparecen año a año en lo instrumental diagnóstico, quirúrgico y terapéutico médico, novedades que muchas veces sumergen en la obsolescencia lo que ayer fue equipamiento de rutina o novedad del momento. Esta dinámica contribuye al conocido fenómeno del encarecimiento de la medicina más allá de cualquier IPC, y profundiza el hiato entre solventes y desposeídos, entre la medicina pública de recursos siempre insuficientes, y la medicina privada cuyos costos dejan impávidos a los menos y con lagunas de cobertura a los más.

Los avances son portentosos y atractivos, los costos de adquisición dan brinco desproporcionados con los beneficios que en muchas ocasiones son marginales. Los equipamientos de última generación -que no es la última sino solo la más reciente-, apenas pueden ser solventados por instituciones y empresas cuyo potencial comercial comanda el mercado y asfixia a quienes quisieran hacer una medicina menos esplendorosa en forma individual, en pequeño grupo, en instituciones públicas o caritativas. La medicina corporativa atrae y aglutina a los profesionales, pero escinde a los pacientes en quienes pueden acceder a una atención médica tecnificada, y aquellos que serán provistos de una medicina más tradicional, carente de lujos, pero también deficitaria en avances significativos.

La opacidad ética proviene de la *mix* entre medicina pública y privada, que toma características preocupantes cuando solo un 30% de los médicos atienden en el sector público, el resto bregando por conquistar los favores de apenas un octavo de la población chilena que es beneficiaria de seguros privados o, eventualmente, de aquellos beneficiarios de FONASA que pueden hacer co-pagos (los grupos C y D que constituyen el 24.3% de la población cubierta por el Fondo). Es notoria, al respecto, la noticia recién aparecida que el crecimiento del PIB nacional en un proyectado 5-6% está estimulando la inversión en salud privada al anticipar un incremento de la demanda en ese sector de 76-98% (1). Interesante relación de una dimensión macroeconómica nacional y sus repercusiones segmentarias en el ámbito privado.

Hay, sin duda, un desnivel entre disponibilidad y requerimientos de atención oftalmológica, reflejada entre otros aspectos en que las prestaciones oftalmológicas AUGE/GES están entre las más postergadas. Términos obsoletos como vocación de servicio, compromiso social, participación en la resolución de atención pública no son los más discutidos para reparar estas asimetrías, que tienden a exacerbarse en la medida que la institucionalidad poblacional no estimula alguna dedicación, parcial o temporal, a la atención oftalmológica pública.

El tema se exagera frente a las iniciativas propuestas de instaurar servicios optométricos que pretenden paliar la escasez de oftalmólogos en el servicio público, pero son enérgicamente rechazados por los especialistas, so pretexto que se perdería la atención integral, la pesquisa preventiva y las garantías de un examen ocular completo y acucioso.

Es una defensa un tanto miope si se recuerda que una de las oftalmologías más prestigiosas se practica en Gran Bretaña, donde la historia del *dispensing optician* u óptico y del *refracting optician* ahora conocido como optometrista que receta lentes, tiene sus raíces en los tiempos cuando primeramente se diseñó anteojos de lectura en el siglo 13. Muchas naciones, también latinoamericanas como Argentina y Colombia, reconocen la profesión de optometrista con diversas atribuciones que pueden incluir exámenes y tratamientos médicos, diferenciándose de los oftalmólogos en que les está vedada la intervención quirúrgica. La voz oficial de la oftalmología nacional, en cambio, lamenta que se ponga "la salud visual en riesgo" al "abrir el trabajo que es exclusivo de los oftalmólogos y de los tecnólogos médicos con especialidad en oftalmología" (2).

Desde la perspectiva de la bioética en salud pública, la oftalmología nacional deberá reflexionar sobre la asimetría de atención en los ámbitos público y privado y participar en alguna solución que tienda a la equidad en atender las necesidades visuales de la población.

#### MEDICINA DESIDERATIVA

En sociedades postindustriales se gesta un culto de lo corporal, con proliferación de dietas, ejercicios, modas decorativas incluyendo tatuajes y *piercing*, veneración que ha comprometido también a la industria farmacéutica y a la práctica médica. Se borran los límites tradicionales entre enfermedad y salud, los servicios médicos siendo solicitados tanto por pacientes como por personas que se sienten sanas, pero de alguna forma desmedradas o ansiosas de perfeccionamiento. La medicalización de conflictos familiares, insatisfacciones laborales, descontentos diversos y desdichas pasajeras ha llevado al extenso uso de psicoterapias, psicofármacos, vitaminas, reguladores del apetito, la bariterapia, el uso de Botox, el combate quirúrgico de los "estigmas" del envejecimiento. En esta tendencia de los tiempos, la oftalmología ha tenido una presencia destacada, sobre todo con el advenimiento de la cirugía refractiva que no solo corrige ametropías que han recibido el nombre de "vicios de refracción" y elimina los desagradados de la presbicia, sino que propone desde hace algunos años la cirugía corneal personalizada y el objetivo de lograr visión "supernormal" o "hipervisión". El límite considerado normal de 20/20 podría ser incrementado a 20/10, límite que no es óptico sino dado por el poder discriminatorio de los conos retinales. Hay diversas técnicas para estos objetivos, por lo que "el mercado determinará cuál sistema funciona en forma superior" (3).

#### MEDICINA DESIDERATIVA (4)

La medicina del deseo erosiona la distinción entre salud y enfermedad, modifica los objetivos de la práctica médica y produce turbulencias en los aspectos sociales de la medicina, como la legitimación de licencias médicas, la asignación de recursos, la concentración de investigación y desarrollo en asuntos que dejan relativamente desatendidas enfermedades invalidantes cuyas causas y tratamientos no son de interés científico o comercial, como el compromiso ocular por enfermedades

tropicales, la traumatología ocular, la uveítis, incluso la retinopatía diabética cuya alta incidencia es preocupante. Una asimetría similar ocurre en la incorporación de la cirugía refractiva en planes de cobertura de ISAPREs que al mismo tiempo desincentivan, restringen o no incorporan el seguro comprensivo de enfermedades crónicas o de medicamentos de indicación permanente que lleva, por ejemplo, a pacientes con glaucoma de ángulo abierto a suspender o interrumpir tratamientos por la carestía de los medicamentos recetados.

La oftalmología es notoriamente proclive a erosionar los límites entre salud y enfermedad. Las ametropías, que en su grado menor son de gran prevalencia, convierten al consultante en miembro de lo que la medicina contemporánea considera los normales-anómalos: normal porque posee una salud indemne, perfectible mediante órtesis o cirugía; anormal porque padece un "vicio de refracción" cuya "corrección" compete a un especialista debidamente calificado, y que la oftalmología nacional al insistir que este terapeuta (*therapein* = cuidar) sea exclusivamente un médico, convierte al amétrope en un paciente.

#### OFTALMOLOGÍA PREVENTIVA Y PRECAUTORIA

La gran labor preventiva de la oftalmología del adulto se concentra en la pesquisa precoz del glaucoma de ángulo abierto y, en mucho menor grado, la predisposición anatómica del ojo a un glaucoma por cierre angular. Esto se hace por tamizajes masivos, selectivos o por pesquisa de casos *-casefinding-*, pero el problema básico es que no tenemos criterios certeros para distinguir entre positivos y negativos, entre glaucomatosos e hipertensos oculares, entre predisuestos, enfermos y sanos. La pesquisa precoz, sea poblacional o individual, se vuelve incierta por la dificultad de establecer criterios de normalidad/patología con el auxilio de tensión, curva, papiloscopia, papilografía, angiografía de la circulación capilar a nivel de la papila, campimetría computarizada, OCT. El significado de los hallazgos se estrella contra los escasos conocimientos disponibles sobre el curso de la anomalía/enfermedad: ¿cuántos años de cuál nivel tensional han de transcurrir antes que se hagan pesquisables daños campimétricos?; ¿cuál es la [in]conveniencia de tratamientos precoces versus la observación sin terapia?; ¿qué efectos negativos a largo plazo tiene una terapia instituida en forma precautoria?

También aquí hay refinamientos diagnósticos como la perimetría oculocinética y la imaginería de la papila con tomografía retinal, cuyo desarrollo delata las insuficiencias de lo que hay, pero que a su vez son de rendimiento incierto dada la baja prevalencia de glaucoma en la población general. Los actuales métodos de tamizaje poseen características de sensibilidad y especificidad que está lejos de lo ideal. Antes de someter a las personas a tratamientos onerosos y tal vez innecesarios, a controles frecuentes, pero poco esclarecedores, habría que recordar que menos de la mitad de todos los pacientes con glaucoma no son detectados, entre los recientemente diagnosticados la mitad no había sido pesquisada a pesar de haber consultado oftalmólogo, y una mitad de los pacientes reciben terapia por un glaucoma que no tienen (5, 6).

Frente a tanta contradicción e indecisión, el oftalmólogo tiende a iniciar tratamientos en incertidumbre diagnóstica, sin hacerse cargo que condena al paciente a una terapia de por vida que puede constituir una carga económica onerosa, convirtiendo al sospechoso de glaucoma en un paciente que debe recurrir regularmente a control. Los bolsillos de la clase media y de las más desposeídas no pueden solventar las órdenes de exámenes y las prescripciones -solo copagadas por seguros adicionales-, que han sido indicadas sin rigor diagnóstico -valores límites, predisposiciones, provocaciones artificiales de anomalías- y en desconsideración de lo oneroso que para un profesor de la enseñanza pública, por ejemplo, significa gastar el 2-3% de su salario en medicación antiglaucomatosa dudosamente necesaria. Quienes piden la "batería de exámenes", con la misma pluma solicitando un campo visual, una Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) y una angiofluoresceinografía, suplen sus falencias diagnósticas en vez de ceñirse a la economía exploratoria del teorema de Bayes (pedir aquél examen que tenga mayor potencial de despejar una incógnita diagnóstica), y se hacen cómplices del inquietante encarecimiento de la medicina contemporánea (7, 8). El campo visual social de esta oftalmología de avanzada es tubular y su visión de mundo altamente miope, ilustrando cómo los oftalmólogos tenemos una mancha ciega para reconocer lo mal que se avienen los problemas del enfermar con el florecimiento del libre mercado.

## CONCLUSIÓN

La sostenida confianza en la medicina científico-natural iniciada en el siglo 19 ha tenido un fuerte respaldo con la introducción de la medicina basada en evidencia (9). Si bien el entusiasmo inicial desencadenado en la década de los 1990 ha amainado (10), continúa desplegándose la docencia y la práctica médica con énfasis en la resolución de problemas y la confianza acrítica en las innovaciones instrumentales. Escasa importancia se ha dado en la medicina clínica a la enorme influencia de la industria farmacéutica y de aparatos médicos -con frecuencia consolidadas en una misma empresa- en conformar el conocimiento de determinar las prácticas médicas. El tema ha sido ampliamente debatido entre observadores provenientes de la sociología médica, de la salud pública, del análisis de políticas sanitarias, y de la bioética, escenarios que también se han referido a las frecuentes colisiones de intereses entre industria y práctica médica (11). Una cifra frecuentemente citada reconoce que la industria farmacéutica dedica un 16% de su presupuesto a investigación y desarrollo de productos, y un 35% a promoción y administración. Estas prácticas se incentivan desde el libre mercado, que

no se mueve por una altruista devoción al bien común, como muchas veces sostiene, sino por la altamente competitiva obtención de patentes para conquistar nichos monopólicos en el mercado. Para conocer los entretelones de la gran empresa farmacéutica, uno de los libros mejor documentados y más esclarecedores fue escrito por Marcia Angell, quien fuera por muchos años editora en jefe del *New England Journal of Medicine* (12).

Exámenes "preventivos", métodos de diagnóstico precoz, detección de predisposiciones genéticas, y despliegue de estudios que pesquistan factores de riesgo, están entre las prácticas que medicalizan a la poblacional y reclutan para el cuidado médico a enfermos y normales. Los avances tecnocientíficos en medicina interponen una distancia cada vez mayor entre terapeuta y paciente -imágenes sofisticadas, subespecialización, telemedicina, cirugía robótica-, robusteciendo la mencionada relación prestador-cliente y difuminando los límites entre erradicación y paliación de enfermedad, y el fomento de la hiperfuncionalidad del organismo humano. Aun con la más ferviente confianza en todo este despliegue instrumental, es necesario tener en consideración los costos sociales que ello implica, puesto que la satisfacción de minorías va a costa de la desatención de grandes segmentos poblacionales.

La tensión entre oferta oftalmológica y demanda social de atención médica se debe en gran medida al hecho que nuestra fuente de provisión, tanto de conocimientos como de instrumentación y de elementos terapéuticos, proviene de países cuyo potencial económico fomentado por la correspondiente política mercantil no se puede extrapolar y adaptar sin más a la realidad socioeconómica de un país de desarrollo desigual (entre telecomunicaciones y educación, por ejemplo) y asimétrico (donde la desigualdad de ingreso es una de las más altas de Latinoamérica).

La oftalmología acoge con avidez las novedades instrumentales, presentando un notorio entusiasmo por participar en los procesos de cambio en la medicina contemporánea. Es recomendable que recurra a hitos de reflexión y evaluación para determinar acaso los beneficios están en proporción con los efectos secundarios acompañantes, que van desde la negligencia y despreocupación por los menos solventes, hasta el abandono de lo que solía ser la almendra de la profesión: una medicina que cuida y protege a los enfermos en respeto nada menos que del imperativo categórico kantiano: "Trata a toda persona como un fin en sí y no solo como un medio."

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cínicas invertirán más de US\$500 millones para afrontar demanda en los próximos años. *El Mercurio*, Viernes 27 de Agosto 2010, p. B3.
2. La salud visual en riesgo. *Vida Médica* 2010; 62: 25.
3. MacRae SM. Supernormal visión, hypervision, and customized corneal ablation. *J Cataract Refract Surg* 2000;26:154-157.
4. Kottow, M. Medicina desiderativa y salud pública, Cuadernos médico

sociales 2009; 49: 185-192.

5. Bourne R. Practicalities of screening. *Glaucoma Topics & Trends* 2008;12:7.

6. Tuulonen A. Stumbling blocks to establishing glaucoma screening programs. *Glaucoma Topics & Trends* 2008;12:8.

7. Kottow M. Bayes o no Bayes en glaucoma. *Anales Oftalmológicos* 1992;4:6-11.

8. Kottow M, Correa E. Exoftalmo: ayuda diagnóstica del Teorema de Bayes. *Arch. Chil. Oftal.* 1992;49:121-124.

9. Evidence based medicine working group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association* 1992;268:2420-2325.

10. Miles A, Loughlin M, Polychronis A. Evidence-based healthcare, clinical knowledge and the rise of personalized medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008;14:621 - 649.

11. Lo B, Field MJ. (eds.). *Conflict of interest in medical research, education, and practice*. Washington DC, The National Academies Press 2009.

12. Angell M. *The truth about the drug companies*. New York, Random House 2005.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.



  
**Amedoph**  
CHILE

Av. Santa María 2670 - Of. 307 - Providencia  
Fono (56-2) 481 7430 - Fax (56-2) 481 7433

[www.amedophchile.cl](http://www.amedophchile.cl)  
Santiago - Chile

