

# El darwinismo sanitario\*

## Ser médico en la Argentina



Por Carlos Alberto Díaz

**Médico, especialista en Medicina Crítica, Nefrología y Medio Interno, y Terapia Intensiva. Director de la especialización en Economía y Gestión de Servicios de Salud de la Universidad ISALUD, donde también es profesor titular de Gestión y Análisis Organizacional, de Gestión Estratégica y Administración de Organizaciones de Salud I y II de la Universidad ISALUD.**

### Introducción

En los primeros siglos de la modernización se describió y se pensó la realidad social en términos políticos: el desorden y el orden, el rey y la nación, el pueblo y la revolución. Posteriormente impacta en la humanidad la revolución industrial y la génesis del capitalismo que se constituyeron como una fuerza transnacional que superaba los poderes políticos<sup>1</sup>. Se pensó y se actuó en nombre del nuevo paradigma económico y social, y se habló de clases, riquezas, desigualdades y redistribución. Ahora inmersos en la economía global, con sus vaivenes y huracanes, generados por las alas de la mariposa, que se quiso posar en la flor del crédito, explicando lo que muy pocos pudieron prever. Surge el individualismo feroz, saltaron en pedazos los modelos de sociedad, vale el poder que se tiene, y éste solo refrendado en los bienes materiales. Pero no el poder para cambiar las cosas. Entonces estamos inmersos en la producción, en la cultura de masas, en un fenómeno que se podría llamar darwiniano, donde el sujeto se debate y lucha por construir su propia vida, la conquista del nuevo hombre y el orden social, que será mejor en tanto se creen o recreen las instituciones y reglas de derecho que sostengan la libertad y la creatividad. Cambie el gran modelo imperante hasta ahora donde los recursos de todo orden estaban en manos de una elite y definiendo a las categorías opuestas como inferiores, no existe, el impulso al crecimiento, a la transformación, viene de los inferiores y de la socialización del conocimiento.<sup>2</sup>

Ese fenómeno darwiniano<sup>3</sup> en términos de la profesión médica debe superar el cuidado de la individualidad, del sálvese quién pueda, y recuperar la mística del cuerpo médico, de la corpora-

\* Leberstein G. 2009. Darwinismo sanitario, frase acuñada en una serie de intercambios y conversaciones con el autor, en función de la importancia de pensar el nuevo rol profesional, dentro de un esquema competitivo de seguros de salud y como reivindicar la profesión médica, en la calidad y la eficiencia clínica.

1 Chaves G.J Seneglia F.(Comp) 2009. Historia del pensamiento nacional y universal. [www.mininterior.gov.ar](http://www.mininterior.gov.ar)

2 Touraine A. 2006. Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy. Paidós. Estado y Sociedad. 135

3 Álvarez Peláez R. 2009. Darwinismo social y medicina en España.

ción, para recuperarse del “síndrome de la profesión perdida”<sup>4</sup> de la edad de oro de nuestra medicina, que se extiende desde 1945 hasta fines de los años 70. Esto no para sostener la gestión clínica liberal, sino una gestión basada en el conocimiento, fundada en la evidencia no sesgada, en la consideración de la persona y en el replanteo de la relación con el complejo industrial médico.<sup>5</sup>

Es necesario plantear un reencuentro con el sentido de lo que hacemos, que es darle información a la gente para que mejore la calidad de vida. El punto de partida está en la educación, en asumir el cuidado integral, en reivindicar la profesión, las instituciones, con racionalidad aplicada a la curación, al bienestar del paciente pero también a la sustentabilidad del sistema. La sustentabilidad tiene que transitar hacia las guías de práctica clínica, generar ámbitos de aplicación, utilizar racionalmente los recursos e impulsar modelos integrados de prestación de salud sociosanitarios. Sustentabilidad y gobernabilidad son palabras que se pueden utilizar para que signifiquen casi lo que uno quiera, y ahí radica gran parte de su atractivo, ¿Qué persona en su sano juicio podría oponerse a la sustentabilidad? Si el significado más antiguo de la palabra es “sostener”, “mantener el curso”, “conservar el estado del ser”<sup>6</sup> La sustentabilidad no debe estar centrada en preservar el capital, sino la calidad de vida de las personas. La sustentabilidad no debe estar orientada a sustentar al complejo industrial médico, sino a la profesión de personas que atienden a otras personas.

La civilización que creyó en las certezas definitivas, en el conocimiento absoluto, pasó a nuevos modos de pensar, de sentir, de actuar. No es el conocimiento el producto de un sujeto radicalmente separado de la naturaleza sino el resultado de la interacción global del hombre con el mundo al que pertenece.<sup>7</sup> Las organizaciones no hablan, lo hacen las personas que las integran e imponen sus pareceres, esto lo puede hacer desde la apariencia, desde la intencionalidad personal, desde los intereses encubiertos en ciencia, o en ciencia utilitaria que construye evidencia, enfatizando un modelo reduccionista de salud y la enfermedad, estas intervenciones efectivas, que, a su vez, puedan ser manufacturadas, comercializadas

y aplicadas al cuerpo humano, orientando la explicación clínica y los fines para los cuales se orienta el diagnóstico.<sup>8</sup>

Se explorará primero la profesión desde el trabajo de Cruess y colaboradores<sup>9</sup>, sobre el concepto de profesionalismo médico que incluye cuatro componentes fundamentales:

- 1 **Conocimiento especializado**, o sea erudición y sabiduría en la medicina como ciencia. El saber hacer, la información ordenada, llevada a la capacidad.
- 2 **Autonomía en la toma de decisiones**, que, en el caso específico de la medicina constituye la esencia del acto médico. Libertad, basada en principios, valores y justicia social.
- 3 **Compromiso de servicio a la sociedad**, en el contexto ético, moral y deontológico de la medicina.
- 4 **Autorregulación**, que diferencia a las profesiones de los oficios. El marco normativo del ejercicio profesional con responsabilidad.

Es obligación del médico actualizar en forma permanente su capital intelectual, que es el primer escalón en la construcción de la idoneidad.<sup>10</sup>

La medicina, como las otras profesiones, es dueña de un arsenal de conocimientos especializados y de su administración para beneficio del paciente y de la comunidad. En épocas anteriores, en lo pertinente a la medicina, el manejo del conocimiento ocurrió en forma monopólica. Pero hoy en día ello no es así, dada la globalización y la explosiva revolución de las comunicaciones. Hoy el público tiene amplio acceso al conocimiento en salud y, en términos generales casi con tanta facilidad como el médico.<sup>11 12</sup>

Este profesionalismo cifrado por el conocimiento especializado, la autonomía o libertad en la toma de decisiones, el compromiso con la sociedad y la autorregulación se complementa en:

- 1 **Subordinación de los intereses propios** para favorecer los intereses del paciente.
- 2 **Observación de elevados estándares éticos y morales.**
- 3 **Respuesta a las necesidades de la sociedad.**
- 4 **Posesión de valores humanísticos** (empatía, integridad, altruismo, confianza).

Sin pretender agotar argumentos, la sociedad exige del médico vocación, disciplina, competencia, y compromiso. La vocación en el concepto de la preeminencia del rol social por encima del beneficio económico. La disciplina como la subordinación del individuo a las reglas establecidas por el colectivo. La competencia en cuanto a

4 Del Bosco G. 2009. Medicina en la Edad de Oro y después. En ¿Por qué ser médico hoy? El síndrome de la profesión perdida de la edad de oro, donde básicamente el profesional podía ejercer la profesión y ganar bastante dinero y ser reconocido socialmente, trabajando honestamente, puede insistir en enfrentar la crisis con los códigos y los valores de esa época, y con discursos cargados de nostalgia tanguera de contenido moral y de lo que no volverá.

5 Relman AS: 1988. Assessment and accountability: The third revolution in medical care. N Engl J Med 319:1220-1222,

6 O'Connor J. 2001: Causas naturales. Ensayos del marxismo ecológico. No es mantener el curso de la acumulación capitalista global. Proveer lo necesario para la vida a los pueblos del mundo o de resistir sin ceder, por parte de aquellos cuya forma de vida está siendo subvertida por las formas del salario y de la mercancía. Siglo XXI Editores México DF

7 Najmanovich D. 2005: El Juego de los vínculos. Se pasa de la búsqueda de certezas a la aceptación de la incertidumbre, del destino finado a la responsabilidad de la elección. Esto hace a la responsabilidad de los pacientes, que se le puede decir, hagan esto o aquello, pero lo deben hacer y sostener. Colección sin fronteras. Editorial Biblos.

8 Jaim Etcheverry G. 2008: Conferencia de cierre del congreso mundial de Medicina Interna. [www.itaes.org.ar](http://www.itaes.org.ar)

9 Cruess R.L. et al. (2000): "Professionalism: An Ideal to Be Sustained," *Lancet* 356 156-159

10 Definición y característica del profesionalismo médico. 2009. Revista de cirugía. [www.encolombia.com](http://www.encolombia.com)

11 Smith R. et al. (1999): "A Shared Statement of Ethical Principles for Those Who Shape and Give Health Care: A Working Draft Paper from the Tavistock Group," *Annals of Internal Medicine* 130 143-147.

12 Guevara Ramos, E.: (2008) La gestión de las relaciones y la responsabilidad social empresarial.

conocimientos, a las habilidades y las actitudes en las relaciones interpersonales. El compromiso con el usuario, con su salud, y con la gestión de los recursos sanitarios, otra obligación profesional<sup>13</sup>. En definitiva, como expresaba R Virchow, el médico debe ser el abogado de los pobres.<sup>14</sup>

Es obligatorio e imperativo promover valores; los valores de la competencia técnica y los valores humanísticos, con el respeto del principio de autonomía y desde la justicia. No se puede ser indiferente con la patología social. El profesional médico debe tomar parte activa, no solamente en la observación, sino también en la terapéutica de los fenómenos de esa patología.<sup>15</sup>

Los primeros profesionales fueron los médicos griegos, quienes racionalmente independizaron la medicina del sacerdocio. Pero en la Edad Media, el conocimiento empezó a incluirse en las universidades y las leyes de la profesión se imponían en exámenes y condiciones para el ejercicio profesional. En la Edad Moderna, con los primeros intentos efectivos de monopolización del conocimiento y del saber, se intensifica su desarrollo hasta llegar al siglo XX, momento en el que surgen el aprendizaje reglamentado y el servicio a la colectividad como orientaciones prioritarias y cierta autonomía para definir y organizar, sin interferencias exteriores, el propio trabajo. Pero no surgen dentro de un ámbito de autonomía absoluta, sino con sus principios, límites, *empowerment* y guías. Estas guías definen los espacios de las autonomías, los conocimientos específicos, la organización propia y la ética profesional.<sup>16</sup> El ejercicio de la medicina ahora se tiene que dotar de ciencia y humanidad, y eliminar el componente mágico. Curar algunas veces, ayudar con frecuencia, consolar siempre. Existe una desmesura entre lo que esperan los pacientes y lo que en realidad se puede obtener. Esto puede originar frustración entre los usuarios y los médicos. Esto genera entre los profesionales limitación y tensión, incrementando la incidencia del burnout entre el 10% y 70% dependiendo de las especialidades.<sup>17</sup>

Cuando se plantea un espacio de reflexión sobre la problemática sectorial, se intenta hacer un abordaje desde múltiples perspectivas, sin el corsé de los interés creados o de incentivos contra-

puestos, en la consecución del futuro diferente y con el objetivo de impulsar la legitimidad del sector de salud, de los médicos, como profesionales responsables no solo de la gestión clínica, sino del modelo prestador y de la salud pública.<sup>18</sup> No solamente se pretende instalar la justificación de la puja distributiva, de lo que tiene que ganar el médico, y lo que es más importante, sobre sus responsabilidades.<sup>19</sup> Entonces salen a relucir las miserias del pensamiento, los enanos intereses personales y lo efímero del cargo. Paradójicamente, el retraso en la remuneración de los profesionales de la salud, se da en el marco de un ingreso presupuestario importante<sup>20</sup>, vinculado a una asignación creciente, distinta a la falta de recursos tradicional.

## Nuevas demandas

Cuando desde lo académico sanitario plantea el mito de las nuevas demandas, incursiona en los caminos comunes y poco comprometidos del envejecimiento poblacional, la transición demoepidemiológica, las nuevas tecnologías, las transiciones políticas, sociales, económicas, la fragmentación del sistema, el exceso de oferta, etc, si, eso incide, todo es cierto, pero se desea instalar cuatro temas desafiantes: la medicalización de la vida y la variabilidad de la práctica médica, que inducen demandas, muy diversas y difíciles de contener, pero que fundamentalmente atañen a los profesionales y sus representantes sectoriales. El tercero es de parte de los financiadores que desean estructuras sus redes mediante la integración con socios estratégicos y que los profesionales sean protagonistas de la transformación del modelo prestador.

Gran cantidad de las nuevas demandas están impulsadas por la medicalización de la vida, que con conforman tensiones y sobrecargas al sistema. La medicalización denota la influencia de la medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, como despertar, el ánimo, el dormir, la actividad sexual, las arrugas, la caída del cabello etc., esto además conlleva a una apreciación crítica de los aspectos negativos, e indeseables. La medicina siempre ejercicio la representación del control social de lo normal y lo patológico. Estas demandas son referidas que debe ser abordadas y autorizadas desde la evidencia científica y desde las evaluaciones económicas, porque los recursos no alcanzan, allí debe estar el eje de la acción corporativa.<sup>21</sup> En una conducta que responde a criterios estrictamente racionales, es que la industria y el complejo industrial médico, no reparan en esfuerzos para ampliar mercados, hasta crear nuevas enfermedades, especialmente en aquellos nichos, en los cuales pueda disponer de una elevada sensibilización por parte de los potenciales beneficia-

13 Briozzo L. 2006. Sociedad y profesión médica. [www.smu.org.uy](http://www.smu.org.uy)

14 Sapolski R. 2006. Pobreza y enfermedad. "La vida de Rudolph Virchow, neurocientífico y activista alemán del siglo XIX, estuvo marcada por dos sucesos dramáticos: un brote de fiebres tifoideas en 1847 y las fracasadas revoluciones de 1848. De aquellas experiencias extrajo dos lecciones. Primera, que la propagación de una enfermedad guarda una estrecha relación con la precariedad de las condiciones de vida. Segunda, que quienes disponen del poder cuentan con medios contundentes para subyugar a quienes no tienen ninguno. Virchow las condensó en un célebre epigrama: "Los médicos vienen a ser los abogados de los pobres."

15 Turenne A. 1929. No se puede ser indiferente de la patología social. Decía en una conferencia este profesor Uruguayo, No se si estaré en lo justo, pero tengo el convencimiento de que estoy en lo humano, como médico y como miembro del engranaje social, estoy obligado por mi profesión a no vagar en las alturas inaccesibles de los principios teóricos, sino apoyarme en la realidad que arraiga en plena tierra.

16 Sánchez González MA. 2002. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Masson. Barcelona.

17 Gil Deza E. 2006. Síndrome de burnout en médicos. [www.intramed.net](http://www.intramed.net)

18 Marracino C. 1998. Tendencias en la atención médica y cambios en la concepción de calidad. [www.calidadensalud.org.ar](http://www.calidadensalud.org.ar)

19 Kotz J. Muñoz A. Taffani A. 1988. Organización y comportamiento de los prestadores de servicios de salud. El caso Argentino. OPS

20 Presupuesto Provincial. 2009. Planilla 30. Organismos descentralizados.

21 Cecchetto S. 2008. La medicalización de la vida en el estado de bienestar. UNMdP [www.favanet.com.ar](http://www.favanet.com.ar)

rios: aspectos estéticos, molestias fisiológicas o síntomas leves pero frecuentes, reducción de factores de riesgo, eludir las consecuencias de comportamientos no saludables a los que no se desea renunciar. En alguna de estas consideraciones pueden encuadrarse el colón irritable, la calvicie, el colón irritable, la osteoporosis, los síntomas que acompañan a la menopausia y las disfunciones sexuales. Para cada nuevo tratamiento se puede crear una nueva enfermedad.<sup>22 23</sup> Además hay varias intervenciones sanitarias se encuentran en la parte plana de la curva, aquella en la que los beneficios marginales que aportan son mínimos y a menudo inferiores a los riesgos que suponen, pero se escuchan voces de las corrientes mayoritarias del pensamiento médico que relacionen este fenómeno con ninguna forma de inconsciencia o iatrogenia social. El *British Medical Journal* realizó un estudio sobre cuales eran los problemas principales resultantes de la medicalización de la vida y trató de atraer la atención sobre la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente.<sup>24 25</sup> Vivir en la parte plana de la curva no significa renunciar a las mejoras de salud. Se trata de ser más inteligentes para conseguirlo. Para empezar, al evitar intervenciones dudosamente efectivas y seguras, como el tratamiento hormonal de la menopausia y otros ejemplos de intervenciones excesivas e inapropiadas<sup>126</sup> ahorraríamos dinero y sufrimientos. Pero la inteligencia también puede servir para hacer bien las cosas que son efectivas e importantes (aspirina y beta-bloqueantes en infartos)<sup>127</sup> y, mediante un enfoque integrado, potenciar la efectividad clínica con acciones en todos los niveles asistenciales y que incorporan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad<sup>28 13</sup>.

Un nuevo escenario donde confluyen algunas corrientes inscritas en este giro más individualista y “consumerista” de la salud con los servicios sanitarios: la medicalización del malestar; la pulsión por la intervención; la consideración de incertidumbre o inacción como fallo; la búsqueda de beneficios en lo individual y a corto plazo; la hiperespecialización y fragmentación del paciente y el proceso; la introducción de la prevención en el mercado del consumo general (alimentación), farmacéutico (tratamiento de factores de riesgo) y médico (chequeos). Un cambio que refuerza la relevancia social de la asistencia sanitaria como bien de consumo, y presiona al incremento del gasto público (y privado).

22 Márquez S Meneu R. 2007. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Eikasía. Revista de Filosofía.

23 Hofmann B. 2001. The technological invention of disease. *J Med Ethics: Medical Humanities*. 27;10-19

24 Smith R. 2002. In search of non Disease. *BMJ* 324. 883-5

25 Smith R. 2002. Limits to Medicine. *Medical Nemesis*. *BMJ*. 24.923

26 J Gervas, M Pérez Fernández. 2005. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*; 35(2): 95-8. Disponible en: <http://www.fm.usp.br/inscricoes/Aventuras.pdf>

27 Peiró S. 2003: De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V (ed): *Gestión Clínica y Sanitaria*. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 17-75.

28 Ibern P. 2006: Evolución de las organizaciones sanitarias: papel de la hospitalización y actividad ambulatoria. En: Ibern P (ed). *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson.-Elsevier; 95-115.

El problema no estriba tanto en la pulsión expansionista de la industria sino en la escasa capacidad de reacción de las autoridades sanitarias que acaban siendo rehenes de un gasto sanitario creciente. Fortalecer la base científica de las decisiones de crecimiento de la oferta sanitaria (evaluación de tecnologías e investigación de servicios sanitarios) introduce elementos moduladores a favor de la efectividad en la innovación. También son posibles medidas que mitiguen los enormes conflictos de interés que existen entre los médicos, la industria y la sanidad pública, aumentando la responsabilidad pública en la formación continuada, el apoyo a actividades asociativas y científico técnicas, el respaldo a publicaciones de calidad, la regulación transparente de la colaboración en la investigación y la limitación de las actividades y gastos de publicidad. Un buen ejemplo de ello es el documento presentado en el Parlamento británico por una comisión de expertos sanitarios. La medicina, su práctica en particular, debe evitar la variabilidad de la prestación médica<sup>29</sup> como fue expresado en párrafos anteriores. Se retoma aquí, porque la demanda inducida es generadora de algunos de los mitos de las nuevas demandas. Ante ello, impulsar la calidad, el desarrollo de tecnología basado en la efectividad clínica, en el saber hacer técnico, ético, y el desarrollo profesional.<sup>30</sup>

En el instante de repartir las culpas los profesionales desean estar ausentes<sup>31</sup>, pero con sus prescripciones están omnipresentes. Tampoco quieren escuchar que no hay recursos, descreen de esa justificación. Parece que los recursos son insuficientes, y además están mal distribuidos. Los recursos son escasos, porque la elasticidad de la demanda<sup>32</sup> de un grupo de pacientes que quiere recuperar el status de salud es infinito. Pero por el momento no parece verosímil que sea evitable morir. Las ganancias propiciadas por el desarrollo médico son relativamente escasas y no menos esdríjulas que lo que suponen las inversiones. La consecuencia de la aceptación acrítica de todas las ofertas de medicalización sería una sociedad viviendo de manera insana por su preocupación por la salud, y muriendo más enferma<sup>33 34</sup>. La demanda sanitaria es tan elástica, que parece siempre nueva, renovada. Ahora la gente pide más, porque la tecnología parece solucionarlo todo. Se pueden ver

29 El Deutsche Bank afirma que los ciudadanos del planeta gastaremos en el año 2010, 40.000 millones de euros en comprar medicinas que no curan nada. Los beneficios de la industria farmacéutica crecen vertiginosamente a nivel mundial: los ingresos para el sector fueron en el año 2004 de 550 mil millones de dólares, un 7% más que los registrados en el año 2003; pero en el año 2005 los beneficios ascendieron a 605.400 millones de dólares.

30 Meneu R. 2002. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. *Masson Barcelona*.

31 Cabrero Bárcena M. 2008. *La culpa nació huérfana*. *La Coruña*. Y es que, si les escuchamos a ellos –los gobernantes–, nos contestarán: ¡La culpa nació huérfana! O, dicho de otro modo,; la culpa no tiene nombre (en el sentido de ser los causantes directos de los desmanes económicos que se están desarrollando). “el cometer errores” no se convierta en costumbre, y por costumbre los sigamos cometiendo.

32 Gisbert I G 2002. *Economía y salud*. *Masson*. *Barcelona*.

33 Romain J. 1929. *El Dr Knock y el triunfo de la Medicina*.

34 Segarra Medrano A. 2003. La parte plana de la curva. Donde el coste efectividad encuentra la regla del rescate. Ortún V. *Gestión Clínica y Sanitaria*. *Masson*. *Barcelona*.

cada vez más centros, y estos generarán su propia demanda, y más demanda, a su vez, más oferta.

La nueva demanda de los financiadores está en tener socios estratégicos (*stakeholders*) o grupos de interés relevantes,<sup>35</sup> en los cuales poder confiar, los que serán proveedores preferenciales, elegidos, los que no competirán por sus afiliados, y no inducirán una demanda innecesaria, para los requerimientos reales de los pacientes. Equipos profesionales que resuelvan problemas complejos, enfermedades avanzadas y nuevos pacientes, ancianos con polipatologías, que son muy difíciles de encuadrar y con los que hay que hacer gestión de casos; evitar que se deteriore su estado de salud, y que aumenten las complicaciones que no mejoran la calidad de vida y de autonomía de los usuarios. Camas hospitalarias que resuelvan problemas integrales, con buenos planteles de enfermería, con tiempos cortos de estancias y que no sean costosas, que preserven la sustentabilidad del sistema. Demandan tener prestadores preferenciales en quienes confiar. Pero para ello deben pagar, y reasignar recursos en función de lo que ahorran por otros lados, recordando que la industria de la salud tiene según estimaciones un 25% de costos de no calidad.<sup>36</sup> Elegir buenos médicos, mejor intencionados, que vivan de su trabajo y para su trabajo.

Se tiene que intentar realizar una transformación en el modelo prestador, de la integración de los cuidados, en la enfermedad crónica, en la gestión de casos, en las vías clínicas y en la prestación socio sanitaria, en definitiva curar y cuidar. Existiendo diferentes modos, y con volúmenes de pacientes diferentes, lo que se debería establecer los esquemas y la difusión de dichas prácticas, para evitar la evolución natural de la enfermedad. En este aspecto el profesional, la universidad y otras instituciones, tienen que tomar la responsabilidad desde lo individual a lo colectivo, no esperando un compromiso del Estado, que tiene otras urgencias. El ocuparse de la enfermedad crónica desde los médicos, aleja el Disease management del manejo de los laboratorios, que puede imponer el uso, la difusión y la amortización de una tecnología. En la salud, las tecnologías que se venden más, debido a comportamientos monopolísticos, de protección de propiedad intelectual, puede no bajar de precio. Esta protección consolida los valores. No importa que se venda mucho. Lo importante que suban rápidamente las ventas para alcanzar la amortización de la inversión en el desarrollo.

El médico, tradicionalmente, cubría asimetría de información como fuente única e indiscutible. Hoy le nació un nuevo competidor, que sin duda es una amenaza, porque muchas de las cosas que están en internet y a las que el paciente accede, no son fuentes adecuadas para cubrir esa falla. Por ello debe capacitarse y formarse de manera continua, certificando dicho proceso, más allá del hecho del pago de la matrícula.

35 UNEP 2006. El compromiso con los stakeholders. De las palabras a la acción. Volumen 2.

36 Pérez Fernández JA. 1994. Gestión de la calidad empresarial: calidad en los servicios y atención al cliente Calidad Total. ESIC Editorial.

La información por antonomasia es la historia clínica, eje de cualquier esquema de referencia y contrareferencia, en impulsar una historia clínica única, que pueda ser abordada desde la web, que sea propiedad del financiador, y el profesional tenga un password para acceder a la información de los pacientes, e impulsar un abordaje serio de la información sobre la construcción de una historia clínica que permita tener una referencia y contrareferencia, que pueden abordar y tendrán la clave todos los profesionales, que paguen la matrícula profesional, y que estén habilitados por cuidar la ética y la deontología profesional.

La demanda referida, la espontánea tiene un componente fantástico, en el tenor de lo mágico, porque la medicina todo lo puede, hoy la medicina da calidad de sueño, del dormir, de evitar el deterioro por la edad, el estado de ánimo, hay una prótesis para todo, el genoma predice que nos pasará y sino se pueden estar los medicamentos biológicos o los trasplantes de órganos. Los años de vida ganados con calidad son importantes, pero al mismo tiempo, existe un cúmulo de muertes evitables, que acontecen por los defectos en la organización del sistema.

## Factor humano<sup>37</sup>

El servicio de salud, se da a través de personas constituidas en equipo, cubren la asimetría de información que tienen los usuarios del sistema, estableciéndose una relación de agencia, en la que existe un principal, que delega el poder de decisión en el médico, sobre que productos intermedios debe recibir, para cubrir sus necesidades.

Platón, en la apología de Sócrates, expresaba que este último había enunciado<sup>38</sup> que un médico tenía que tener dos condiciones: una era la aptitud para curar a los enfermos (*teckne*), que provenía de sus conocimientos y habilidades y cuyo dominio lo convertía en un buen técnico. Pero para ser un buen médico, debería tener la actitud de una persona que cuida a otras personas, y esto es el *medeos*. Por lo tanto, etimológicamente, médico es una persona que cuida a otra persona y además la cura<sup>39</sup>.

La salud, para la Universidad ISALUD, es una inversión, fundamentada en la teoría del capital humano<sup>40</sup> y los trabajos de Amartya

37 Repullo JR. 2005. El marco de la política profesional. En: Antequera JM, Arias E (eds): Sistema Sanitario y Recursos Humanos: Manual para gestores y profesionales. Madrid: Díaz de Santos - IAS: 32-59.

38 Sócrates no escribió ninguna obra porque creía que cada uno debía desarrollar sus propias ideas. Sócrates nació en 470/469 a.C. pero podemos reconstruir su pensamiento utilizando otros autores. Hay cuatro autores importantes que escribieron sobre él: 1) Platón 2) Jenofonte 3) Aristóteles 4) Aristófanes.

39 Maglio F. 2009. La dignidad del otro.

40 Schultz T. 1979. Premio Nobel de Economía. La teoría del capital humano según Mark Blaug fue anunciada hace más de veinte años por Theodore Schultz. Sin embargo podemos decir que su nacimiento efectivo se produjo dos años más tarde cuando el *Journal of Political Economy* en 1962, publicó un suplemento sobre "La Inversión en Seres Humanos". Este volumen incluía, entre otros, los capítulos preliminares de la monografía "Human Capital" publicada en 1964 por Gary Becker que desde entonces se ha convertido en un punto obligado de referencia en este tema.

Sen, que vinculó la economía con la vida y la disminución de cualquier pobreza y que relaciona la salud con el desarrollo humano. Porque la salud es parte del desarrollo humano, salud y desarrollo se potencian mutuamente y se favorecen con políticas activas que favorecen particularmente a los pobres. La salud es siempre más que lo económicamente rentable.<sup>41 42</sup>

Es indispensable que las personas que forman los equipos de salud, tengan una dedicación definida por lo público o lo privado. Y que esa dedicación les permita continuar con su formación. Deberían tener la obligación de hacerlo como obligación para pertenecer al sistema. Salvo en algunas especialidades, que no requieren interacción, o tiempo excesivo para cuidar a los pacientes y sus familias, las dedicaciones deberían extenderse evitando el pluriempleo, fomentando mecanismos de retribución con componentes mixtos fijos y variables, y transferencias de riesgo e incentivos adecuados que impidan que el profesional tenga que producir a destajo, y sea un factor multiplicador del gasto, por el hecho de tener que asegurar su sustento<sup>43 44</sup>. Eso es bregar por la profesión médica, proponer que los profesionales no tengan que trabajar en cuatro o más lugares para estar tranquilos, que tengan un nivel de ingresos adecuados, evitando que sean artistas itinerantes que pasan la gorra en diferentes consultorios. Mejorar la dignidad de la profesión es asegurar el tiempo de contacto del profesional con sus pacientes, en la consulta y en la sala; y también asegurar el acceso a la información no sesgada por los intereses tecnológicos y la redistribución del trabajo clínico, que es el más demandante para el médico. Es intentar recuperar la autonomía clínica perdida, en base a recuperar la legitimidad. No se recuperará la autonomía por el lamento, sino con el logro de un consenso efectivo. La paradoja de la autonomía clínica individual es que compartiéndola y acordando con nuestros colegas volveríamos a ganarla en beneficio de nuestros pacientes.<sup>45</sup>

Como afirma J. L. Reinertsen, *“también esperan de nosotros que practiquemos la ciencia de la medicina con consistencia. Esta tarea debe ser formulada por el público (si no por nuestros pacientes, ciertamente por los reguladores y los legisladores que los representan) como lo que sigue: Usted reclama que su profesión está basada en la ciencia. Le hemos dado poder debido a los milagros*

41 Sen A. 1998. Premio Nobel de Economía. Centra su trabajo en la importancia del desarrollo de las potencialidades humanas. Para el autor, desde la Economía se debe permitir el desarrollo de estas capacidades de las personas incrementando las opciones vitales. Este supuesto de partida está enfrentado con los de la Economía del Bienestar Clásica, atravesada por la lógica de hacer máximo el nivel de bienestar individual.

42 Morin E. 1999. Los siete saberes. Unesco. El ser humano es a la vez físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Es esta unidad compleja de la naturaleza humana la que está completamente desintegrada en la educación a través de las disciplinas y que imposibilita aprender lo que significa ser humano. Hay que restaurarla de tal manera que cada uno desde donde esté tome conocimiento y conciencia al mismo tiempo de su identidad compleja y de su identidad común a todos los demás humanos.

43 Zuger A. 2004. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med*;350:69-75.

44 Kassirer JP. 1998. Doctor discontent. *N Engl J Med*;339:1543-5

45 Doval H. 2007. Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos *Revista Argentina de Cardiología*.

*de la ciencia. Ahora muéstranos que puede utilizar toda la ciencia que conoce, para nuestro beneficio*<sup>46</sup>.

El otro aspecto sustantivo como respaldo del saber hacer técnico que genera competencia, es la conformación de equipos que tengan estabilidad, especialmente en prestaciones de alta complejidad, como la esofagectomías, cirugías cardiovasculares, toracotomías, pancreatectomías, hemicolectomías, cirugía de cadera y gastrectomías. Entre otros, los casos en los que se objetiva una disminución de las complicaciones y de la mortalidad vinculada a la intervención<sup>47</sup>. Esto reivindica la importancia de los que gestionan empresas de salud, que deben contratar, sostener y apoyar equipos de salud, desde el funcionamiento, el cuidado de la interacción, la anestesia y el funcionamiento de los quirófanos. Estabilización de equipos en las unidades cerradas, UTI, UCO, UCN Y UTIP de los establecimientos públicos y privados, que no sean vistos y evolucionados por los médicos de guardia, que no tengan staff, que sigan a los pacientes y contengan a las familias.

Existen algunas especialidades en las que no se llega a cubrir los puestos requeridos, tales como en las áreas críticas, terapia intensiva pediátrica, neonatología, anestesia, enfermería, que deben preverse desde los puestos de residencia y los incentivos a las carreras. Esto también es una responsabilidad corporativa, porque son una especificidad, y en los próximos cinco años, se deberían alcanzar acuerdos básicos, con la universidad, las autoridades públicas y las cámaras empresarias, que también tienen responsabilidad.

## Financiamiento

El recurso económico es insuficiente y esta mal distribuido. No se puede financiar la salud solamente con el impuesto al trabajo. Esto es así porque los salarios están por debajo del nivel de los costos de la medicina actual<sup>48</sup>, y porque se han incorporado muchas prestaciones en el programa médico que no tienen financiamiento. Dar más no es suficiente y más dinero no es igual a una mejor cobertura. Pero hay que hacer ambas cosas, gastar más dinero y distribuirlo mejor, accediendo por dos vías al problema para llegar a la solución, que en definitiva es brindar atención de salud con efectividad, eficiencia y humanidad.

Estos recursos tienen que provenir de diferentes vías: los impuestos indirectos, el impuesto personal a los bienes y un pago adicional por un seguro único de alta complejidad como asignación directa.

El sistema del seguro social hay que protegerlo, inclusive de los que hacen negocios con él, ya que no porque se hagan negocios se le debe asignar una imagen negativa. Porque un sistema que

46 Reinertsen JL. 2003; Zen and the art of autonomy maintenance. *Ann Intern Med* 138:992-5

47 Birkmaeyer JD. 2002. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. *New Engl. J. Med* 346. 15:1128-1137

48 Mamoni C. 2009. Seminario Universidad ISALUD. Maestría e Economía y Gestión de la Salud.

iguale hacia arriba es muy bueno<sup>49</sup>, pensado dentro de una concepción redistributiva que compense las desigualdades y la exclusión producida por el mercado. El pool de fondos de alta complejidad mejorará, sin dudas, la función de compra y el mismo debería acompañarse por la regulación por precios de referencia ya que de esa manera, los pequeños financiadores, o incluso los afiliados individuales, no tendrían riesgos frente a situaciones catastróficas. Esto tendría que abarcar progresivamente a los planes privados ya que con la integración vertical que se ha producido en los últimos años, la alta complejidad es un desarrollo independiente. De esta forma se pasaría de un aseguramiento vinculado a ingresos a otro vinculado a riesgos. Es decir, otra forma de abandonar el darwinismo sanitario.<sup>50</sup>

El financiamiento y la organización de la cobertura son importantes ya que la generación de recursos y el modelo de aseguramiento condiciona la capacidad de la función de compra o las modalidades de asignación de recursos para mejorar el desempeño de los servicios de salud.<sup>51</sup>

El sistema de financiamiento, con el impuesto al trabajo, y con los presupuestos, es insuficiente. Sin embargo, es el que tenemos, aunque funciona con niveles de empleo formal más alto y, además, falta un mercado con un modelo competitivo de seguros. Hay que adecuarse y racionalizar, mientras se instala el segundo debate, que sostiene que los recursos económicos son deficitarios y que se requieren otras fuentes de financiamiento que sean innovadoras. Existen desbalances en cuanto al crecimiento del gasto, especialmente en las nuevas terapias. Las enfermedades que antes no tenían un tratamiento y las neoplasias han modificado los esquemas y el costo de la anestesia. Esto se encuentra agravado por la cantidad de prestaciones que se indican en cada práctica y el aumento de valor de alguna de ellas, como así también los consumos de prácticas habituales que se indican de una manera inadecuada. No es solo una cuestión de magnitud, sino también, de utilización. El financiamiento se ve afectado por los coeficientes de utilización y esto hay que revisarlo sectorialmente. Además, cuando se bajan los valores de las prácticas, en la mayoría de los casos el ajuste pasa por la cantidad.

Estos desbalances entre las prácticas están ocasionados, por la actualización de los valores en los nuevos contratos por medio de un porcentaje fijo, sin considerar el costo de los productos intermedios que involucran dichas prácticas. El componente de personal es diferente en las distintas prácticas, como así también lo es el de los medicamentos integrados o el de los insumos, que pueden tener un valor en divisas, y finalmente la necesidad de generar sinergias a través de los incentivos en las prácticas que demuestren

49 Croce NP. 2002. El financiamiento del sector salud y la modernización tributaria en Venezuela. Universidad Central de Venezuela.

50 Báscolo E. 2008. Política. Financiamiento. Salud. [www.lachealthys.org](http://www.lachealthys.org)

51 Schroeder F 2006. Fuentes innovadoras de financiamiento tras la Conferencia de París: el concepto avanza, pero los mayores desafíos persisten. FES Briefing Paper 13

costo efectividad respecto a la mejora de la calidad de vida. Aplicar una técnica de negociación gana-gana<sup>52</sup> es prestar con efectividad, contener el crecimiento de los costos y disminuir la variabilidad en la prestación médica. La efectividad aumenta el valor del bien de confianza, por eso la esencia del cambio, y también de la estrategia es el uso correcto de los recursos, aplicándolos de manera pertinente y eficiente, junto con normas que impulsen la disminución de la variabilidad y reduzcan la brecha entre la evidencia científica y la práctica cotidiana<sup>53</sup>. No es necesario comprar esquemas de matar o morir, de la madre de las batallas<sup>54</sup>. La verdad está en defender la libertad y las leyes.

No se sabe lo que se debe gastar y siempre se evalúa por lo poco que se retribuye, existiendo una tendencia a elevar el gasto, para mejorar los ingresos y poner siempre en déficit al sistema, que, como respuesta, incursiona en el camino de los diferimientos de los plazos, provocando una alteración de los contratos, aumentando la desconfianza y, en general, trasladando el aumento de los copagos a los afiliados. Una nueva pérdida de legitimidad ya que todo pago de bolsillo es una barrera de acceso económico. Sirve solo para combatir comportamientos oportunistas<sup>55</sup>, como el abuso moral. Cuando disminuye el empleo formal y se deteriora el salario, la gente consume los servicios que tiene dentro de su obra social, y demanda prestaciones que postergó durante un tiempo.

Nadie sabe lo que cuesta el programa médico que la obra social se compromete a brindar y como consecuencia de ello, el presupuesto no es la expresión económica de un plan, sino un recurso determinado, y las prestaciones se deben ajustar al mismo, sin importar el cálculo adecuado que se requeriría.

Entonces siempre hay oportunidad para la asignación de las culpas, pero no en la orientación de las soluciones, que no parten de las restricciones sino de mejorar la calidad y la eficiencia.

Evidentemente, los recursos son escasos y están mal distribuidos. Parte de los recursos se detraen de su finalidad primordial, especialmente en esta época de la integración vertical de activos propios para fijar precios. Las acciones para cubrir fallas de mercado sirven para lograr efectos inmediatos, como por ejemplo ocurre hace muchos años en diálisis, en cirugía cardiovascular, y ahora, en cardiopatías congénitas.

Las fallas de mercado difieren regionalmente, y por lo tanto no se pueden implementar soluciones centralizadas. Las fallas responden a la distribución de los recursos sectoriales en las diferentes

52 Robinson JC. 1999. The Corporate Practice of Medicine; Competition and innovation in health care. University of California Press.

53 Harrington Ch. 2004. Health policy: crisis and reform in the U.S. health care delivery system

54 La madre de todas las batallas fue entre el rey Leónidas, con su guardia pretoriana de 300 espartanos, y los persas de Jerjes. Agosto del año 480 a.C. En la cima en la que cayeron los últimos héroes de Termópilas hay un epigrafe escrito por el poeta Simónides que reza así: Caminante, ve y dile a Esparta que sus hijos cayeron en cumplimiento de sus leyes.

55 Vasallo C. Sellanes M. Freylejer V. 2003. Salud, Mercado y Estado. Mimeo de la Cátedra de Economía de la salud. Universidad Isalud

provincias y esta situación exige una customización de los planes y una adaptación de las soluciones a las realidades locales.

El financiamiento del pago a profesionales por categorías, con mayor gasto de bolsillo de los que usan el servicio, no es adecuado, porque el que se ve obligado a pagar no sabe por que lo hace, debido a que no puede evaluar la calidad técnica, ni conoce la efectividad del médico. El mismo se efectúa a través de categorías o acreditaciones, de dudosa eficacia, pero que podrían convertirse en un importante vector del incremento de la competencia de la oferta médica si esto se impulsara y exigiera por los financiadores. El reintegro genera barreras de accesibilidad, diferimiento entre el desembolso y el pago, afectando la relación con el facultativo. Muchas veces el paciente no elige el mejor profesional de la salud, sino la única opción a su alcance. Por lo tanto este arancel distinto tendría que ser reconocido por el financiador.

Los aumentos de actualización, generados sucesivamente, no tienen porque realizarse de acuerdo a un porcentaje global, ya que esto genera atrasos en algunas prestaciones que no corrigen los problemas de fondo. Lo que está más postergado, se retrasa más. Ese pago debería estar centrado en el reconocimiento de la efectividad y la contención de los pacientes, en el tratamiento integral, en la acción de evitar la evolución natural de la enfermedad, en la gestión de la enfermedad crónica en la gestión de casos. Tendría que estar vinculado con el gasto que generan las prácticas y las prescripciones, considerando en algunos casos consultas vestidas, porque no se concibe hacerlo de otra forma, y controlando en ese particular la calidad de la prestación.

## Conclusiones

Si aceptamos que la esencia del sistema de salud esta en la relación de agencia<sup>56</sup> entre afiliados y profesionales, lo primero que debe modificarse es el marco y el régimen de incentivos para impulsar, de esta manera, las conductas adecuadas que permitan desarrollar un modelo integrado de atención. Esta relación entre el agente profesional y el principal, paciente, exige a la medicina, más de lo que esta puede darle. El usuario cree casi siempre que las cosas no marchan bien, que el profesional que tiene enfrente es un médico que no está informado, o que no está accediendo a la mejor solución posible para su problema por cuestiones económicas relativas al sistema, que no tiene el suficiente dinero, para curarlo<sup>57</sup>.

56 "El que elige no consume; el que consume no elige ni paga y el que paga no elige ni consume" Frase pronunciada por el senador estadounidense Kefauver que muestra la alta imperfección del mercado en el sector salud denotando la relación de agencia del sector y la existencia de un tercer pagador.

57 Gonzalez Garcia G. 2008. Conferencia Plenaria Maestría de Economía y Gestión de la Salud.

Es imperativo, entonces, replantear el contrato introduciendo las transferencias de riesgo, buscando la redistribución de los pagos, impulsando un modelo de atención más integrado, legítimo y comprometido, impulsando además el desarrollo de las obras sociales como instituciones instrumentales para el logro de la equidad, como seguros solidarios de salud eficientes en cuanto al uso de los recursos. A la vez, es necesario incorporar normas de atención, guías clínicas, sistemas de información e historias clínicas únicas, para todos los afiliados. Estas historias clínicas únicas serán el eje de la continuidad en la atención, formador, sin dudas, de sistemas de gestión. Esta responsabilidad grupal y corporativa, se puede asumir al salir de las arenas de la confrontación.

Se debe impulsar una modificación de los regímenes contractuales profesionales que cubra el verdadero costo de la salud, que supere la situación actual en la que los con bajos honorarios o sueldos profesionales impulsan el pluriempleo y el comportamiento como doble agente dentro sistema público o privado de salud.

La necesidad de incorporar la gestión a la vida de los servicios sanitarios es algo que nadie puede poner en duda al comienzo del siglo XXI. Y esto es así por la limitación de los recursos disponibles, la naturaleza expansiva del gasto, las exigencias de los pacientes, el aumento de los consumos y el progresivo desarrollo de las técnicas diagnósticas y terapéuticas. Todo ello ha hecho imprescindible llegar a considerar la gestión como una actividad más, a la que deben sumarse los responsables de los servicios y lo que actúan en él. Los problemas de universalización, por la accesibilidad y por su eficiencia, obligan a tener organizaciones más flexibles, basadas en elementos de la gestión empresarial en cuanto al manejo de los recursos, y en competencia interna para abrir la organización al aprendizaje.

En conclusión, es necesario desarrollar una cultura de rendición de cuentas que permita mejorar la calidad y la eficiencia del sistema y que obligue al médico, desde su práctica diaria, a usar de forma muy racional los recursos en pos de los mejores resultados posibles. Pero para que esta cultura de rendición de cuentas se haga realidad es necesario que su difusión sea liderada por los mismos médicos, y no por la estructura burocrática, y menos aún con esquemas de monitoreo típicos de oficios no calificados.

Si la profesión no irradia entre sus miembros la necesidad de este cambio estructural y no ejerce el liderazgo necesario para que dicho cambio tenga lugar, muy probablemente seguirá por el camino tortuoso que ha venido trasegando en las últimas décadas.

La historia no está escrita, el final está abierto y dependerá de la conciencia y de la lucha de los protagonistas principales, los profesionales de la salud y los pacientes.