

Acerca de la práctica médica en nuestros días

La contención y disminución de los costos es la filosofía principal desarrollada por el sistema de cuidado gerenciado de la salud que ha cobrado notable extensión en USA² y se extiende hoy raudamente en nuestro país. A pesar de que la reforma americana de la salud motorizada por Hillary Rodham Clinton ha sido derrotada, aparentemente en forma irremisible, el mercado, o mejor dicho las fuerzas empresariales que lo conducen, ha impuesto cambios quizás más trascendentes y que han modificado profundamente el cuidado de la salud.

Quizás el factor generador de los cambios ha sido el crecimiento del gasto público más el privado en salud: 7,3% en 1970 y hoy el 14% (cerca de un billón de dólares) del producto bruto americano y con una proyección probable de 16% para el 2000. No obstante, alrededor de 35 millones de personas carecen de cobertura y en otras ésta es parcial, lo que les veda el acceso a prácticas indispensables, usuales en la medicina moderna².

¿Cómo ha ocurrido esto? Quizás el primer motivo es la prolongación de la expectativa de vida, la sociedad ha envejecido y requiere mayor asistencia. La otra es el avance tecnológico que ofrece mejores diagnósticos y tratamientos y también prolonga la vida de enfermos que hace 30 o 40 años hubieran desaparecido rápidamente. Hoy los médicos proseguimos frecuentemente el tratamiento hasta llegar a la parte plana de la curva de costo-beneficio, donde mayor tratamiento y gasto produce escasa o nula utilidad⁹. Esta situación se produce más fácilmente si el paciente no paga los gastos sino la Sociedad a través de mayores impuestos o déficit del presupuesto público. Por otro lado, un número creciente de personas no pueden pagar ningún seguro médico por el encarecimiento de éste, dadas las sofisticadas técnicas hoy utilizadas a la par que el gobierno se niega a intercambiar sus rutinarias prácticas de gasto inútil aunque placentero en beneficio de los gobernados. Es finalmente profundamente inmoral que la mayor capacidad económica pueda adquirir la vida, pero eso es lo que pasa. Si uno busca culpables puede encontrar algunos: médicos y sobre todo organizaciones empresariales médicas se ven «obligadas», para brindar a sus accionistas los beneficios económicos que justifican su existencia, a indicar y realizar estudios complejos, frecuentemente innecesarios o inútiles. Algunas instituciones que realizan estudios preventivos rara vez encuentran individuos que no necesiten cuidados programados. Los grandes intereses involucrados conllevan un poder económico y aún político que impide el esclarecimiento y divulgación de esta conducta.

La medicina privada cubre a la mayoría de los norteamericanos y el cuidado gerenciado (*managed*) ha crecido explosivamente, de manera que las HMOs (Health Maintenance Organizations) podrían llegar a cubrir el 65% de la población para el 2000³. Las HMOs contratan grupos seleccionados de médicos para atender a sus afiliados los que son incentivados con variadas técnicas para tomar en cuenta el costo de los métodos de diagnóstico y tratamiento que utilicen, idealmente sin perjudicar la calidad de la atención. El método habitual para contratar estudios y tratamientos complejos es la capitación que por un lado pone a las HMOs al abrigo de gastos inesperados, transfiriendo el riesgo a los proveedores directos de la salud (hospitales, clínicas o grupos médicos), y por el otro expone a los pacientes a graves contingencias cuando el costo de atender las inevitables complicaciones sobrepasa el monto a cobrar por la institución prestataria. En varios estudios se han establecido grandes pérdidas¹² en las áreas de cuidado intensivo desde la implementación en USA del pago de servicios de acuerdo a grupos relacionados con el diagnóstico (DRG). También y bajo el manto, aparentemente virtuoso, de volver al médico de familia o al clínico general de dispar competencia, el panel médico básico es incentivado para desalentar la consulta al especialista quien, aunque forme parte de la cartilla de los prestadores, no puede recibir consultas directas sino cuando a juicio del clínico se haga indispensable, por lo que a menudo no ve nunca a enfermos que padecen patologías de difícil y controvertido tratamiento. Es posible entonces que médicos muy atareados atiendan a un número cada vez mayor de pacientes recibiendo retribuciones decrecientes por cada uno, motivo por el cual la calidad del control y tratamiento de dolencias complejas puede dañarse. La consulta

voluntaria a médicos ajenos al plantel seleccionado es severamente penalizada por el carácter simbólico de los reembolsos otorgados al infeliz paciente que se atreve a dudar de la calidad de su atención. La nueva organización empresaria interviene entre el paciente y el médico quien puede haber pasado a representar más bien los intereses de la organización de la cual depende⁸ que reemplaza a su cliente en el pago tradicional por prestación. Este aspecto de la ética médica es poco frecuentemente comentado en las reuniones dedicadas a este tema. En resumen, la capitación, la exclusión sistemática de los especialistas y la elaboración de normas rígidas de diagnóstico y tratamiento implementadas por los prestatarios, parecen destinadas a regir en adelante la medicina⁶. En el área de terapia intensiva el cuidado gerenciado ha provocado una disminución de 30-40% en el gasto⁷; no está claro si esto se obtuvo por mayor eficiencia, por racionamiento en el tipo de pacientes admitidos, o por abandono más precoz de los cuidados cuando se vislumbró su posible inutilidad. La posibilidad de errores es obvia cuando el costo es la preocupación excluyente.

Es crecientemente dudoso también el futuro de la enseñanza clínica, donde es posible que la falta de adecuada retribución nos devuelva a la época pre-flexneriana de la educación médica. En efecto, tanto en USA como aquí, un instructor o jefe de trabajos prácticos recibe una remuneración comparable a la de un maestro de grado. Es improbable que el médico pueda seguir dándose el lujo de sustraer ese tiempo a la atención creciente de pacientes que le reclama la declinante remuneración que recibe por cada uno de ellos¹.

El tiempo consumido por prolongados y no remunerados ateneos, destinados a discutir pacientes complejos, donde la controversia entre los participantes puede ser tan aleccionadora para médicos y estudiantes, puede también recortarse dado que «el tiempo es dinero».

Los modelos personales del futuro pueden ser o bien «las ratas de laboratorio» algo cada vez más improbable, por lo menos en nuestro país, con la actual política del CONICET, la UBA y las Secretarías de Salud Pública; o bien los atareados clínicos ubicados en la línea de producción. Esta es similar a la línea de montaje ideada cuando Henry Ford decidió, en las primeras décadas de este siglo, fabricar un auto cuyo precio, al revés que ahora, fue fijado en 500 dólares sin calcular los costos previamente, por lo cual éstos debieron ajustarse al mismo⁵. Si bien las grandes corporaciones financieras deben atenerse a las reglas del mercado, la Sociedad debería decidir si ellas son aplicables al cuidado de la salud, dado que ésta no es un bien consumible a voluntad.

En nuestro país el modelo económico adoptado ha llevado a los organismos centrales que controlan el presupuesto a tratar de conservar la mayor parte para sus propios objetivos, habitualmente empleándolos de manera de permanecer en sus cargos (aun los electivos) lo más prolongadamente posible. Esto requiere que los organismos sin poder político se autofinancien o desaparezcan. En los hospitales se ha pasado de financiar la oferta (servicio gratuito para todos) a financiar la demanda: pago por Obras Sociales o el Estado de las facturas presentadas por el hospital. Este sistema que con el nombre de hospital de autogestión se institucionalizó en 1993 funcionó relativamente bien, hasta que en 1994, y sobre todo 1995, muchas OS dejaron de pagar (por lo menos a los hospitales) los gastos incurridos por los pacientes que enviaban. En ese momento el hospital sin fines de lucro, y sin reservas, fue desaprensivamente colocado al borde de la quiebra, la que sólo pudo evitarse disminuyendo marcadamente la atención de pacientes sin recursos.

El hecho de que la atención de la salud no haya sido desregulada no es coherente con el modelo económico adoptado. Por ese motivo grandes masas de personas permanecen cautivas de sus obras sociales sin posibilidad de elección. Así puede «comercializarse» la atención de grandes paquetes de afiliados que deberán recibir su atención donde hayan convenido las cúpulas de intermediarios (habitualmente sindicalistas y empresarios de la salud).

El denominado ingreso irrestricto que hemos padecido por largos periodos ha resultado en la pululación de médicos y su obligada tolerancia con las prácticas descriptas y las que vendrán. Actualmente ni siquiera así consiguen una retribución digna, lo que es razonable dado que la cantidad de médicos es alrededor del doble de la necesaria.

¿Cuál es la solución? Creo que ella depende de la organización del país en cuestión. En aquellos con una organización burocrática capaz y no corruptible (Canadá, Alemania, Inglaterra, Francia, etc.) el sistema centralizado ha permitido, hasta ahora, unir buen cuidado de la salud con un gasto dentro de las posibilidades financieras de esos países. La necesidad de los administradores sanitarios de ajustarse a un presupuesto, fijado por el poder político, obliga a intercambiar el cuidado de una persona por el de otra que requiera procedimientos de costo-beneficio demasiado elevados para la So-

ciudad. El Canadá provee asistencia a todos sus ciudadanos, establece los límites de cobertura y los precios que, como único pagador, le resulta más fácil establecer. La elección del médico es saludablemente libre. Los Estados Unidos parecen haber elegido la competencia gerenciado (HMO) donde los individuos delegan en la organización la decisión de cuales procedimientos serán realizados. Parece aún prematuro emitir un juicio respecto de la bondad de este sistema⁴.

No me parece exagerado decir que la característica principal de nuestro sistema es el caos. Los enfermos no tienen ninguna garantía de tratamiento racional, ningún organismo garantiza la calidad de la atención y los auditores sólo se ocupan de vigilar el gasto. La maraña de hospitales municipales, provinciales, nacionales, universitarios, de OS y los sanatorios privados funcionan cada uno por su cuenta, su nivel de complejidad y el de los pacientes que atienden se decide prácticamente individualmente por el médico tratante, carecen de esfera de influencia programada, de hospitales de derivación establecida o de vigilancia técnica alguna, dado que el control de la salud es más bien un campo de batalla por el progreso personal que una misión de servicio^{10, 11}.

Parecería que la única solución es anular todo y comenzar de nuevo. En ese caso se debería intentar aplicar algún modelo adaptado a nuestro país entre los ya probados. El establecimiento de redes de hospitales vinculados por su complejidad, con áreas de atención geográficamente establecidas y funcionamiento completo durante por lo menos 1/3 del día¹⁰ es impostergable si se desea conservar la medicina basada en el progreso intelectual de los médicos y la atención desinteresada del enfermo. El sistema del hospital de autogestión tiene los gérmenes que permiten su perfeccionamiento. Sólo sería necesario que el Estado lo permita, para lo cual sería indispensable abandonar el manejo político de la salud y ponerla a cargo de un ente apolítico, técnica y jurídicamente responsable. El Estado deberá abandonar la política de otorgar subsidios cuantiosos a instituciones privilegiadas, donde los médicos pueden ganar sueldos de excepción sólo por el influjo político de sus dirigentes. Algunas de ellas bajo la imagen aparentemente virtuosa de su origen, pueden gastar docenas de millones del erario público, al amparo de personalidades aparentemente irremplazables.

El hospital público nacional, municipal o provincial debería, en el modelo económico adoptado, competir con las instituciones privadas para lo cual debería comprometerse para brindar una atención más prolongada y eficiente. Esto ya ocurre en los hospitales de la UBA cuyo presupuesto sólo cubre los magros sueldos de personal. Por ese motivo su persistencia depende de la satisfacción con sus servicios de los pacientes e instituciones que le confían la atención de sus afiliados.

La probabilidad de que algo de lo propuesto ocurra parece tan remota como la de que algún político deje de luchar por su continuidad en el sistema que le ha brindado su actual situación de ciudadano privilegiado, únicamente viable mientras existan ciudadanos de segunda clase con capacidad para sostenerla.

Aquiles J. Roncoroni

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari,
Donato Alvarez 3150, 1427 Buenos Aires

1. Block JA. Who will teach the medical students? *Chest* 1995; 107: 1.
2. Chalfin DB. Healthcare reform in the United States. The impact upon critical care medicine. *Intensive Care World* 1995; 11: 156-9.
3. Iglehart JK. Physicians and the growth of managed care. *N Engl J Med* 1994; 331: 1167-71.
4. Krugman P. The age of diminished expectations. The MIT Press, Cambridge MA, 1994; 82.
5. Levitt T. Marketing myopia. *Harvard Business Review* 1975; 75507: 1-12.
6. Mc Donald RC, Martin WJ. Health care reform and pulmonary/critical care medicine. *Chest* 1995; 107: 1190-2.
7. Rapoport J, Gehlbach S, Lemeshow S et al. Resource utilization among intensive care patients: managed vs traditional insurance. *Arch Int Med* 1992; 152: 2207-12.
8. Relman AJ. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980; 303: 963-70.
9. Roncoroni AJ. Política hospitalaria. Cartas de lectores. *La Nación*, 1986, Marzo 2.
10. Roncoroni AJ. Acerca de la relación costo/beneficio en Medicina de alta complejidad. *Medicina y Sociedad* 1986; 9: 52-7.
11. Roncoroni AJ. Inflación hospitalaria. *La Prensa* 1988, octubre 4.
12. Thomas F, Fox JRN, Clemer TP, Orme JF, Vincent M, Menlove RL. The financial impact of Medicare diagnosis-related groups. Effects upon hospitals receiving cardiac patients referred for tertiary care. *Chest* 1987; 91: 418-23.