

La crisis de la medicina asistencial: entre Hipócrates y Luca Pacioli*

Los avances de la medicina en los últimos 50 años superan a los hechos en los 2 300 años anteriores, si partimos de Hipócrates. Pero a medida que se progresa, los recursos para solventarla se han vuelto finitos y se ha llegado a la llamada crisis de la salud. Este es el núcleo de los artículos de los Dres. Barousse y Roncoroni en el número de Medicina en su 60 Aniversario^{1,2}. Existe una creciente separación entre el desarrollo médico (tecnológico y conceptual) y la equidad en el acceso a la asistencia médica. Justo es reconocer que los médicos no han encontrado una solución a este problema, y como todo vacío, es llenado por algún otro componente del conjunto. Una parte de la solución ha sido impuesta por el tercer pagador. Así surge el gerenciamiento de la atención médica.

A juzgar por los resultados, diríase que los médicos han perdido esta batalla; pero, ¿han perdido la guerra? ¿La medicina gerenciada ha encontrado una solución al problema? Si se observan las cifras de la estadística sanitaria, surge que ambas respuestas son negativas.

El objetivo del gerenciamiento de la atención médica es reducir los costos con iguales o mejores resultados, pero en nuestro medio, si bien el primer objetivo parece haberse alcanzado (por transferencia de ingresos de médicos a terceros pagadores) la segunda parte de la ecuación (los resultados) parece menos factible.

Los principales factores que actúan en el gasto en salud son, entre otros: 1) aumento demográfico vegetativo; 2) aumento del número de enfermedades curables o bajo control; 3) el consecuente incremento de la edad promedio de la población; 4) el crecimiento exponencial de la tecnología biomédica; 5) médicos indiferentes al costo y 6) expectativas del paciente, en general cada vez más sofisticadas y costosas.

Del análisis del gasto puede verse que el incremento tecnológico (medios de diagnóstico y tratamiento) es el que participa con la mayor tajada. Ello implica todos los gastos en electrónica, computación, industria farmacéutica, etc. Pero este aspecto es difícilmente atacable. Nadie se animará a decir: detengan el progreso tecnológico. Lo que sí puede lograrse es que el médico restrinja el acceso a esos medios. Habrá quienes sí puedan usarlos y quienes no, dependerá de su capacidad adquisitiva o de otras prerrogativas. Esto ha creado profundos

dilemas éticos relativos al principio de justicia distributiva. Lo que puede aportar el médico al sistema es racionalidad; sin embargo se le pide que sea mediador del racionamiento. Obviamente el médico tradicional no ha sido formado para este tipo de acciones. Se impone crear un nuevo tipo de médico. Este objetivo, desde el punto de vista del gerenciamiento puede alcanzarse fácilmente en nuestro medio a partir de la superpoblación médica, generalmente de bajo nivel de formación, de crítica y agremiación.

La hegemonía ideológica del gerenciamiento de la atención médica y sus variantes sobre los otros paradigmas de la atención médica tradicional es un hecho de la realidad. Sin embargo, aun antes que haya aparecido una alternativa razonable, ha comenzado a tambalearse.

Sus efectos se están haciendo sentir. Una reciente encuesta³ llevada a cabo por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard revela que entre estudiantes (506), residentes (494), facultativos (728) y decanos (105) de escuelas médicas de EE.UU., estos consideran (o prefieren) el pago por prestación (80.2%) vs cápita; porque brinda menores conflictos éticos (74.8%) y mejor relación médico paciente (70.6%). Con respecto a la atención de pacientes crónicos también se prefiere el pago por prestación (41.8%) vs cápita (30.8%). El gerenciamiento de la atención médica reduce el tiempo disponible para la investigación (lo cree el 63.1%) y docencia (58.9%) y reduce los ingresos médicos (63.1%).

Otras voces se hacen oír en otros ámbitos^{4,5}: Paul Ellwood M.D. arquitecto principal, a principios de los 70, de los actuales sistemas de gerenciamiento en EE.UU., manifiesta: "El sistema de salud basado en gerenciamiento ha fracasado (o fallado). La inflación médica ha retrocedido. La desconfianza del consumidor, hostilidad de los proveedores, nuevas tecnologías costosas y el oportunismo político no permitirían por más tiempo que los costos y la calidad puedan ser controlados por las actuales disposiciones del gerenciamiento"⁶.

Este sistema ha generado una ola de descontento entre los médicos y en poco tiempo más es posible que entre ellos ya nadie quiera o se interese por dar clases, participar de ateneos, tratar pacientes complicados (no sinónimo de alta complejidad) que impliquen algo que se pueda sentir como pérdida de tiempo ya que para la filosofía del gerenciamiento el tiempo es oro. ¿Es factible que el gerenciamiento de atención médica prevalezca en estas condiciones con una tropa tan disconforme?⁷.

El gerenciamiento de atención médica se inserta, inevitablemente, en el marco más general de la globalización del sistema económico neoliberal norteamericano (recordemos que las variantes europeas son estatistas y/o socialdemocráticos)⁸. La aplicación de esta filosofía económica en otras áreas de nuestro país ha llevado a situaciones sociales críticas. El principal objetivo del mis-

* Luca Pacioli (circa 1445-c 1517), fraile franciscano, el matemático más famoso de su época. En 1494, en su libro *Summa Arithmetica*, expuso sus conocimientos, entre ellos los aplicados al comercio, en especial sobre la contabilidad por partida doble, desarrollada por mercaderes y banqueros italianos a fines de la Edad Media. Amigo de Leonardo Da Vinci y Piero Della Francesca, su libro sobre la proporción áurea (*Divina Proportione*, 1509) está ornado con 60 dibujos de Leonardo.

mo es la obtención de la mayor cuota de ganancia posible sin trepidar en agentes y/o medios - ya que el sistema funciona independientemente de la voluntad de sus participantes.

Estos aspectos figuran claramente explicados en textos que escapan en la extensión de esta carta. El título del libro de A.C. Laurell: Avanzar al pasado (Méjico, 1992) es altamente sugerente de la situación planteada.

Las respuestas –muchas veces espontáneas, otras no– que se han generado en diversos países pasan por iniciativas –muchas veces creativas, otras no– como: a) fortalecimiento de las asociaciones profesionales, círculos médicos, etc., especialmente para que actúen como cooperativas de prestadores (EE.UU.); b) sindicalización para la defensa de un número creciente de médicos dependientes o asalariados (Italia); c) fortalecimiento del hospital público y universitario regulando el ingreso de empresas con fines de lucro que compitan con la atención de los sectores más excluidos de los bienes del sistema privado, creando conflictos de intereses entre los médicos asistentes; d) fortalecimiento y concientización de las uniones de consumidores-clientes-pacientes (EE.UU) cosa que en nuestro medio tendría status constitucional (Art. 42 - CN 1994); e) actividad política directa en áreas de competencia médico social, ya que no todas las finalidades del gerenciamiento

de la atención médica son éticamente controversiales (caso Canadá, Inglaterra, países nórdicos, Cuba y otros, para abarcar todo el espectro político) sino aquellas referidas específicamente a sus fines lucrativos.

Resulta difícil llevar adelante estas acciones. Es hora de que los médicos piensen en que el que se salva solo, sólo dura un poco más. Pero este es un largo camino en el cual recién estamos gateando.

Aldo E. Castagnari

Hospital Zonal Especializado de Lanús,
Pcia. de Buenos Aires

1. Barousse AP. La ética médica en el mundo del mercado. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 81.
2. Roncoroni AJ. La ética médica en el mundo del mercado. Fidelidad hipocrática o fidelidad a la empresa. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 82-8.
3. Michels R. Medical Education and Managed Care. *NEJM* 1999; 340, 928-36.
4. Ginzberg E. The uncertain future of Managed Care. *NEJM* 1999; 340, 144-6.
5. Kassirer J. Doctor discontent. *NEJM* 1998; 339, 1543-5
6. Baytes J. Managed Care and Oncology: the quality debate. *J Clin Oncol* 2000; 18; 705-7.
7. V.V.A.A. For our patient. *JAMA* 1997; 3/12.
8. Stocker K, Waitzkin H, Iriat C: The exportation of Managed Care to Latin America, *NEJM* 1999; 340, 1131-6.

Culture is created by the communal mind and each mind in turn is the product of the genetically structured human brain. Genes and culture are therefore inseparably linked. But the linkage is flexible, to a degree still mostly unmeasured. The linkage is also tortuous. Genes prescribe epigenetic rules, which are the neural pathways and regularities in cognitive development by which the individual mind assembles itself. The mind grows from birth to death by absorbing parts of the existing culture available to it, with selection guided through epigenetic rules inherited by the individual brain.

La cultura se crea por la mente comunal y cada mente es a su turno el producto del cerebro humano genéticamente estructurado. Genes y cultura están por lo tanto inseparablemente unidos. Pero la unión es flexible en un grado aún no medido. El vínculo es también tortuoso. Los genes prescriben reglas epigenéticas, que son las vías nerviosas y regularidades en el desarrollo cognoscitivo a través de las cuales la mente humana se construye a sí misma. La mente crece desde el nacimiento hasta la muerte absorbiendo partes disponibles de la cultura existente, con una selección guiada por las reglas epigenéticas.

Edward O. Wilson

Consilience. The Unity of Knowledge. New York: Alfred A. Knopf 1998, p 127