

DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA COMISION DE SALUD PUBLICA DEL CCPM

REFLEXIONES SOBRE LA LÓGICA SOCIAL Y LA LÓGICA ECONÓMICA EN SALUD PÚBLICA

La situación actual

El sistema de Salud está transitando hacia nuevos modelos de organización. ¿Implicará esa situación que todos los conceptos sanitarios, hasta ahora vigentes, quedarán cuestionados? Tradicionales ideas-fuerza, como la "Salud Pública" de los '50 y la "Salud para todos" de los '70, han quedado condicionadas por la inexorable lógica del mercado, en el cual la eficiencia y la competencia entre las instituciones sanitarias prevalecen sobre las necesidades de protección de los riesgos que tiene la población.

El predominio del enfoque económico en la era de la globalización, jerarquiza un razonamiento en función de costo/beneficio tan inflexible que toda consideración política parece inapropiada. La mundialización de la competencia, la reducción de los costos laborales con desprotección de los riesgos sociales, las migraciones masivas entre los países en busca de otras oportunidades, la incorporación de tecnología con expulsión de mano de obra, la especialización de los países en ciertos rubros requeridos por la economía mundial y la transnacionalización de grandes empresas de salud han circunscripto la discusión política a una especie de aceptación del predominio de las variables del mercado, donde los requerimientos económicos están exentos de toda cuestión.

La falta de protagonismo de la Salud Pública en la República Argentina reconoce múltiples causas. En alguna medida son de origen extrasectorial, es decir, ajenas al quehacer de los sanitarios y de quienes tuvieron la responsabilidad de la conducción técnico-política durante los últimos años en distintas jurisdicciones del país. Sin embargo, debe reconocerse que otras causas son de responsabilidad intrasectorial, en buena medida consecuencias de la falta de decisión para aprovechar plenamente las posibilidades que brindan las posiciones de conducción.

En el ámbito de la atención médica se observan esas tendencias en forma reactiva. A menudo, los profesionales asistenciales caracterizan a esos

fenómenos como parte de la "era del dominio de los contadores", sin que esto signifique una competencia entre profesiones universitarias. Sólo expresa una respuesta defensiva -desde los efectores directos- a la tendencia denominada salud gerenciada (o "managed care"). Pero aun los expertos en administración de la salud reflejan desconcierto y cautela ante las nuevas propuestas, como "costo/efectividad" de la utilidad de los recursos asignados a salud, cuando estos compiten con otras inversiones para la sociedad. Estos cuestionamientos se plantean incluso en países donde tradicionalmente se dedicaron grandes esfuerzos en el sector salud. Avanzando por este camino, organismos internacionales como el Banco Mundial (BM/BIRF), han elaborado métodos de mensura de las diversas acciones sanitarias, en términos de costo/beneficio o costo/efectividad.

Cada vez más importantes decisiones que afectan al sector salud y, principalmente, a su significación social- como factor redistributivo de la riqueza con sentido progresivo --se adoptan en el ámbito económico. En lo que corre de esta década, las legislaciones y regulaciones del sector más trascendentes surgieron de los Ministerios de Economía, tanto en la jurisdicción nacional como en las provinciales. De hecho, la asignación de los recursos presupuestarios, la regulación de las contribuciones laborales, que financian la Seguridad Social, y la estructura impositiva que determina el valor redistributivo del gasto social, fueron siempre planificados e impulsados desde aquella área de gobierno. Por eso para un usuario o beneficiario de un subsistema de salud, el gasto directo de su bolsillo es el termómetro que mide la justicia de una propuesta de la salud.

Si es difícil analizar tendencias desde el interior de las instituciones protagónicas del sector, más dificultoso aún es establecer cursos históricos, cuando estos se encuentran en plena evolución. Las diversas etapas de la organización sanitaria a lo largo del presente siglo, permiten adivinar la direccionalidad de algunos rasgos y escenarios que se están presentando en la configuración futura de la atención de la salud. Pero esta configuración sólo se podrá caracterizar acabadamente, cuando la observemos a suficiente distancia como para acabarla desde una perspectiva histórica.

El financiamiento y las inversiones en salud estuvieron tradicionalmente en manos del Estado (hospitales públicos y centros asistenciales y preventivos), de la seguridad social (mediante los aportes patronales y contribuciones de los trabajadores) y de los profesionales que invirtieron en sanatorios y otros establecimientos privados. Pero ahora se trata de inversores venidos del campo del capital que actúan en el mercado de la salud ofreciendo servicios y productos con la mira puesta en las ganancias, de ser posible legítimas, reguladas por el código de comercio. Ahora la

autoridad médica comparte (si realmente comparte) su poder, no sólo con los miembros de las ciencias sociales y los economistas. El conocido reclamo de Arnold Relman sobre la existencia de un "complejo médico-industrial", consistía en un llamado a las instituciones médicas para la defensa de los valores de la ética médica en la nueva situación.

Esta década de los 90 presencia un cuadro de desregulación de las instituciones de la seguridad social, de mercado abierto en el que el paciente deviene un cliente, del avance de las empresas comerciales de la salud, basándose en inversores, con la intervención de los grandes "holdings", que abarcan varios y distintos rubros de actividad comercial, entre los cuales las empresas de la salud no son más que una inversión que se suma a las otras.

En este marco se inscribe la atención médica gerenciada, en realidad una vieja conocida en cuanto a las modalidades de los contratos de riesgo de las carteras capitadas; pero ahora, con el acento en el control de costos como resguardo de la ganancia, a la sombra de la eficiencia, que se desliza al efficientismo. Un gran tema descuidado es el de la calidad con equidad en la atención de la salud, no sólo por la satisfacción de los clientes con el confort, sino por las exigencias en cuanto a la libertad profesional y la libertad de elección de los pacientes, a la selección de los afiliados sin recortes por edad o por situación patológica (selección adversa), en fin, en la carencia de una preocupación por la salud como motor principal de las acciones.

Las políticas de salud

Una forma de valorar el papel de la política de salud en un país es conociendo su ubicación dentro del amplio campo de las políticas sociales. Desde este punto de vista, la salud es uno de los factores de redistribución social de la riqueza y, según el modo en que opere esa distribución, tendrá un efecto progresivo (a favor de la población de mayor riesgo o más desprotegida) o regresivo. Estudios realizados en nuestro país muestran que algunos componentes del gasto público social (GPS), como los hospitales públicos y las obras sociales, han tenido una redistribución social progresiva en tanto que otros, como la educación universitaria, han resultado regresivos.

Indudablemente, las decisiones más importantes para determinar la progresividad o regresividad del GPS, se adoptan en el ámbito económico - a través de la política tributaria - y en el ámbito laboral, por medio de los aportes y contribuciones cargados a la nómina salarial. Sin embargo, la

redistribución de los recursos, no debe escapar al conjunto de los resortes operativos del sector salud, y también debe ser considerada una incumbencia sanitaria. Por otra parte, aún iniciativas privadas con fines de lucro - como la medicina prepaga - pueden tener un impacto progresivo dentro de su cartera de usuarios, en tanto actúen redistribuyendo actuarialmente el riesgo de enfermar.

El análisis de la oferta y demanda de servicios de salud como variables de un mercado, empleando categorías y métodos de la economía política, ha llevado a suponer que la salud es un bien de transacción más, con particularidades equivalentes a las de otros bienes. Sin embargo, aunque es legítimo y conveniente utilizar el enfoque económico para enriquecer el análisis del sector, es una simplificación suponer que permite prescindir de las connotaciones sociales, culturales y éticas que determinan el comportamiento sectorial. En este sentido, los sanitaristas pueden y deben contribuir a una visión omnicomprensiva de la organización y financiamiento de la salud.

Siguiendo las categorías del análisis económico, la demanda y la oferta no se comportan en el campo de la salud como en un mercado típico. El paciente carece en general de soberanía para elegir lo que consume y el prestador carece de autonomía para fijar el precio de sus servicios, ya que un tercer pagador establece las condiciones de los mismos. Desde ese punto de vista, la salud pública puede aportar recursos técnicos inmejorables para establecer condiciones armónicas de reciprocidad entre oferta y demanda, tanto en el diseño de planes de cobertura de servicios, como en el monitoreo de su desenvolvimiento.

En el área de las políticas sociales, la universalización de un modelo competitivo de crecimiento, fuertemente sustentado en la incorporación de tecnología, ha acentuado la creciente exclusión del proceso productivo de grandes franjas de la población. El debate entre el modelo de Estado de Bienestar de las décadas del 50 al 70 y un nuevo comportamiento del Estado, se encuentra en pleno desarrollo. En este debate no puede estar excluida la contribución de los sanitaristas, porque no sólo se trata de discutir la asignación de recursos públicos en los sectores sociales, sino también desentrañar la manera en que todos los miembros de la sociedad pueden participar en el objetivo común y acceder a la protección de su salud.

Proyecciones y tendencias

Los datos de la evolución demográfica permiten advertir que la franja de la población de más de 65 años está creciendo aceleradamente respecto de la de menores de 15 años y de la población económica-mente activa, lo cual augura una creciente demanda de servicios por parte de un grupo etéreo altamente consumidor. Esa situación plantea cómo se van a financiar esos servicios y cómo se van a sostener los sistemas previsionales. Por otra parte, algunas proyecciones -con rasgos neomalthusianos- aseguran que la expansión de la tecnología permitirá, en un futuro cercano, que se necesite menos de la mitad de la población para abastecer todos los bienes y servicios que requieran la totalidad de los habitantes del planeta.

En el campo del desarrollo de las ciencias puede observarse que el avance exponencial de los conocimientos permitió que las intervenciones de la medicina alcancen los límites mismos del origen y el final de la vida, así como los de la herencia genética, cuestionando la inexorabilidad de sus determinantes. Para abordar las limitaciones a la utilización indiscriminada de estos recursos técnicos, la medicina acude cada vez con más frecuencia a la Bioética, como una forma de integrar condicionantes científicos, filosóficos y espirituales a las intervenciones en el curso natural de las enfermedades.

Pero también el análisis crítico sobre la racionalidad de la inversión masiva de recursos en ciertas patologías -que compiten con otros aspectos socialmente más eficaces de la atención de la salud- permite aportar nuevos enfoques, cuando se confrontan los adelantos clínicos en la atención del caso individual con su significación epidemiológica en la sociedad, con su peso microeconómico en la vida familiar o con su impacto macroeconómico en el sistema de salud. Esta forma de compulsión interdisciplinaria ya fue ensayada por la oficina europea de la OMS, para alcanzar acuerdos generales sobre la efectividad de las innovaciones tecnológicas. Asimismo, el enfoque de salud pública -por su naturaleza multidisciplinaria- puede incorporar nuevos puntos de vista, que contribuyan a consolidar consensos operativos, para la adopción de decisiones que comprometan los límites naturales de la vida.

En síntesis, el enfoque sanitario de los problemas de la atención de la salud trasciende los límites de las incumbencias de una especialidad. Puede funcionar como herramienta metodológica apta para explorar las fronteras con otras disciplinas, puede integrar otros criterios de análisis enriqueciendo así la práctica de la atención médica y está especialmente

capacitado para encontrar códigos comunes en el diálogo con otros campos del conocimiento que concurren al análisis y solución de los problemas de la salud pública

Un foro para la cultura de la salud

Una cultura de la salud, que significa abrazar con empeño el cuidado de la salud de la población, en la práctica diaria de la bioética, en el espíritu de servicio, de justicia y de respeto a favor de la gente, nos urge y nos compromete a todos en el cada vez más amplio equipo interdisciplinario. Sin embargo, permanecen ajenos no pocos gerentes y empresarios de la salud, quienes no deben ser excluidos del diálogo y la discusión en el seno de una sociedad democrática y participativa.

Los sanitaristas, si mantenemos un compromiso vocacional con la disciplina que hemos elegido, podemos contribuir fuertemente al desarrollo de esa cultura de la salud, a través del intercambio de ideas, de la elaboración de propuestas y de la crítica constructiva de un modelo que es presentado como el único posible.

Un Foro de la Salud parece ser el ámbito inmediato para el encuentro, el diálogo y el cotejo de experiencias.

Buenos Aires, 5 de marzo de 1999.

Firmado: ARCE, Hugo; AZAR, Alberto; BUSSO, Nélica P.; GARCIA, Antonio; GARCIA DIAZ, Carlos J.; LORES, Horacio; LOYOLA, Luis A.; MARRACINO, Camilo; MERA, Jorge; MOLINERO, Isabel P. de; MORENO, Elsa M.; PAGANINI, José M.; SONIS, Abraam; VIÑAS, Marta.