

A LA OPINIÓN PÚBLICA

LA SALUD ANTE LA CRISIS BASES ÉTICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD MÁS JUSTO PARA LA REPÚBLICA ARGENTINA

*Documento de la Red de Instituciones Bioéticas del Sudeste de la Provincia de Buenos Aires
Mar del Plata, 7 de diciembre de 2002*

La Red de Instituciones Bioéticas del Sudeste de la Provincia de Buenos Aires, constituida en noviembre de 1997, está formada a la fecha por once instituciones, de Mar del Plata, Tandil y Bahía Blanca.

De acuerdo a su caracterización como «Red», tiene una estructura abierta, horizontal; su sede y coordinación son rotativas. La comunicación entre las instituciones es muy fluida, sobre todo por el uso sistemático de medios electrónicos.

Los objetivos esbozados en su acta fundacional son el apoyo mutuo entre sus instituciones constituyentes, la promoción de la bioética en sus ámbitos de actuación en el más amplio sentido y el abordaje conjunto de problemáticas que por su impacto social excedan lo posible para una sola institución.

Este es un documento que hemos preparado como aporte a la que creemos, imprescindible discusión acerca del futuro de la salud en nuestra patria.

De acuerdo a nuestra forma habitual de trabajo, ha sido producido a partir de inquietudes compartidas, luego de profunda discusión y de haber logrado consenso dialógico.

Ha sido enviado para su publicación a los medios masivos de comunicación, locales y nacionales, en busca de promover la participación comunitaria. Un documento similar le hemos enviado, con una carta explicativa, al Sr. Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ginés González García.

Si es verdad que toda crisis implica un reposicionamiento que permite la posibilidad de una mejoría respecto del estado previo a la misma, la pregunta para todos los argentinos es ¿Qué estamos haciendo ante la crisis? Y para los que firmamos esto, la otra pregunta es ¿por qué luchamos?:

¿Luchamos por un cambio hacia una situación de mayor justicia sanitaria para el conjunto de la sociedad, o por mantener, convenientemente maquillado, un *statu quo* que nos beneficia en particular?

Porque las dos cosas a la vez, quizás para muchos no sean compatibles.

Trataremos de delinear más abajo las características básicas que debe tener un sistema de salud, desde la

teoría bioética de la justicia en la asignación de los recursos, justa asignación que consideramos como nuestra principal carencia, según intentaremos mostrar.

De las posiciones filosóficas reconocidas como sosteniendo los diversos discursos acerca de la Salud Pública¹, manifestamos estar más cerca de las llamadas comunitarias, que de las liberales o las utilitarias.

Los puntos que siguen presuponen un **fuerte posicionamiento frente a la corrupción, la máxima eficiencia administrativa**, y un **proceso** de toma de decisiones absolutamente **público** (es decir, **transparencia** en el proceso para maximizar la **participación comunitaria**). Y también presuponen que no se puede dar a todos, todo lo que la medicina actual puede ofrecer. Es decir que, de un modo u otro, hay que racionar² o, dicho de manera más suave, hacer un **uso racional de los recursos**. Este hecho está muy bien estudiado, pudiendo demostrarse que si no se racionara, en unos años no alcanzarían los recursos ni aunque toda la gente aportara al sistema todos sus ingresos.

1. Una situación de mayor justicia para todos empieza por la **universalidad** del sistema de salud. Es decir, todas las instituciones de salud existentes (estatales, gremiales, comunitarias, privadas, ONGs etc.) al servicio de un único sistema para todos los que viven en el país. Es la única forma de garantizar que la accesibilidad y la calidad de los servicios que cada uno recibe no dependa de su capacidad de pago o peor, como ocurre en la mayoría de los casos ahora, de la Obra Social (Prepaga) a la que le tocó estar afiliado, de acuerdo a su oficio, lugar de trabajo, etc³. Esta Obra Social le descuenta o le cobra obligatoriamente un monto mensual, generalmente importante para él, pero que por diversas razones, en el mejor de los casos, no alcanza siquiera a asegurarle una prestación accesible y de calidad⁴.

2. Como decíamos, integrando un fondo único, es mucho mayor la posibilidad de dar un alto nivel de prestaciones a todos los que lo necesiten, si se cumplen todos los requisitos de lo que estamos desarrollando, porque los que necesitan son pocos entre todos los que aportan (ley «de los grandes números»). Pareciera que para dar prestaciones adecuadas a todos los que lo necesiten, no haría falta ni siquiera aumentar el gasto na-

La salud ante la crisis.

cional actual en salud⁵. Cada uno debe aportar al sistema de acuerdo a su posibilidad, recibiendo de acuerdo a su necesidad. Ésta es la forma de definir la equidad según Louis Blanc, tomada después por Marx. **Equidad** entonces, segunda característica del sistema justo.

3. La pregunta siguiente podría ser ¿cuál es el adecuado nivel de atención a proveer? En realidad, para esta manera de ver las cosas (las teorías comunitarias), no hay un determinado nivel de atención que pueda ser considerado justo, sino que el nivel lo fijará la propia sociedad, cuando acuerde cuál es el porcentaje del gasto público que quiere destinar a la salud⁶. El proceso que se está bosquejando, como se verá en el punto «4», permite obtener el mayor nivel posible para un determinado gasto. Habiendo un monto de dinero determinado y finito para financiar el sistema, acordado que todos van a recibir de acuerdo a lo que necesiten, ¿qué es entonces lo que debe darse? ¿Debemos seguir, como ahora, dando medicina de primer, segundo, tercero y cuarto nivel de atención, con calidad y accesibilidad despareja, para el que pueda acceder? ¿o debemos hacer otra cosa? Un ejemplo para aclarar la idea: se puede atender a un diabético, probado que está compensado, controlándolo con «hemoglobina glucosilada» cada tres meses, y semestralmente o anualmente, fondo de ojo, función renal, «microalbuminuria» (las pautas actuales de buena práctica clínica para diabetes). O se lo puede atender guiándose sólo por una glucemia anual, o aún, por si no tiene poliuria u otros síntomas, etc, como señal de que la glucemia no está alta, y ajustando el tratamiento por esos parámetros, y en ese caso alguien podría decir que está haciendo «medicina de Atención Primaria» (primitiva, podrían decir otros; en realidad es medicina de mala calidad). Los resultados, en calidad y tiempo de vida remanente para el paciente y, a largo plazo, de costos para la institución, serán mucho mejores en el primer caso. No es ni justo ni conveniente ahorrar retaceando en el nivel de calidad con que se atiende a un paciente «averiado», que resultan los más caros para el sistema de una u otra manera, sino reduciendo la cantidad de pacientes «averiados».

4. ¿Cómo se puede lograr esto? La inteligencia que se aplique a este propósito va a dar como resultado el nivel (hasta dónde podemos llegar) de los servicios de que se podrá disponer. Todos sabemos que es mejor prevenir que curar. También es mucho más barato. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, que es de lo que en realidad más se ocupa la **Atención Primaria de la Salud (OMS-OPS)**⁷ –de la cual, la «Medicina de Atención Primaria» es sólo un aspecto– deben maximizarse. Esto dará como resultado muchos menos enfermos «averiados» que atender con «alta complejidad». Aquí es donde los que somos prestadores de servicios de salud podemos perder, porque «alta complejidad» es lo que sobra en el país («complejidad», no calidad, que es muy despareja, como se ha ejemplificado): sobran médicos (faltan enfermeras y agentes de salud –

de promoción de salud), sobran instituciones y aparatos de alta complejidad. Muchos deberán redimensionarse, refuncionalizarse, arrumbarse o dedicarse a otra cosa. En este orden de cosas hay también otras por hacer, como proveer sólo prácticas respaldadas por evidencia, acabar con el negocio del complejo médico industrial, entre otras.

5. Y entonces, sólo entonces, habiendo asumido operativamente premisas como las anteriores, cuando se constate que los recursos no alcanzarán para financiar todas las prestaciones de alta complejidad para todos, se deberá priorizar qué prestaciones se van a dar en qué circunstancias⁸. Y esto no lo debe decidir un funcionario político, los técnicos, ni siquiera las instituciones de Bioética. Todos pueden sí, ayudar a esclarecer el problema. Pero quien debe decidir es la sociedad, a través de sus representantes legítimos, por un **procedimiento democrático** que, como tal, deberá ser absolutamente **transparente y participativo**.

O sea, resumiendo: **fuerte posicionamiento frente a la corrupción, máxima eficiencia administrativa, proceso público, justicia en la asignación de los recursos, universalidad, equidad, priorización de la Atención Primaria de la Salud (OMS-OPS), procedimiento democrático (transparencia y participación)**.

Cada uno, como persona, como institución de la que forma parte, debería ir pensando cuál sería su rol luego de un cambio copernicano como el que es necesario producir, que aquí se trató de bosquejar.

Y al Ministro de Salud, dado su incuestionable protagonismo para este proceso, queremos preguntarle:

¿Hacia dónde vamos, Sr. Ministro? ¿Vamos en esta dirección que proponemos? ¿O seguiremos como en la actualidad, con este engendro que pretende generalizarse, esta política (porque sistema no hay) que, una década atrás, ante la anarquía existente, quiso, con el apoyo del Banco Mundial, copiar lo que se hace en los Estados Unidos, el peor sistema de salud (si se lo puede llamar así) del mundo desarrollado?

La Red de Instituciones Bioéticas del Sudeste de la Provincia de Buenos Aires está integrada por las siguientes instituciones:

Comité conjunto del Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.) y del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (H.I.E.M.I) de Mar del Plata, Comité de la Cooperativa de servicios de salud «DIMED», Comité del Instituto de Genética Humana de Mar del Plata, Comité del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, Comité del Hospital Municipal «Ramón Santamarina» de Tandil, Comité Municipal de Bioética de Gral. Pueyrredón, Comité del HIGA «José M. Penna» de Bahía Blanca, Comisión del Programa de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Subcomisión de Bioética de la Asociación de Geriátría de Mar del Plata, Comisión de Bioética del Colegio de Psicólogos, Comité de Bioética del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INaREPS).

E-mails de la Red: redsudeste@hotmail.com
con23@speedy.com.ar

Revista del Hospital Privado de Comunidad 2003;vol 6, n°1

1. Roberts MJ, Reich MR (Harvard School of Public Health). *Ethical analysis in public health*. Lancet 2002;359:1055-59
2. En principio hay dos maneras de racionar («rationing» en inglés): el racionamiento encubierto, que es el habitual, y el explícito, construido socialmente, que parece más justo.
3. Esto, suponiendo que cuando debe afiliarse está lo suficientemente sano para ser aceptado, porque si no, «aumenta los riesgos» del sistema, será rechazado y deberá deambular viendo qué institución necesitada de afiliados lo acepta.
4. Muchos autores exigen que, además de universal, el sistema sea único (todos tienen acceso, y no hay otro), pero sobre esto no hay consenso, ya que en realidad existen mecanismos para mantener la justicia del sistema aunque coexista con otro privado. Este sistema paralelo debería ser muy pequeño y los profesionales de la salud deberían optar por trabajar en uno u otro, para que el privado no compita con el principal. Cubriría prácticas, y niveles de confort sanatorial, no financiados por el sistema público, de un alto costo, para quien pueda y quiera pagarlas, y tributaría elevadas cargas impositivas que se volcarían al sistema público, cumpliendo con el tercer Principio de Rawls (de «la diferencia»). No entraremos en estos asuntos, que son ya particularidades alternativas al momento de la implementación del sistema.
5. El gasto actual en salud es de unos \$20.000 millones anuales, así que, manteniéndolo, si es gastado por 36.000.000 de personas, significa unos \$550 disponibles por persona y por año, es decir, \$2.200 para una familia de 4 personas, o sea unos \$180 por mes, lo cual se aproxima a lo que cuesta para una familia así la cuota de una prepaga no muy cara y de buena calidad.
6. Las teorías liberales sí han tratado de fijar un nivel «adecuado» de atención, que ha sido llamado de diferentes formas (el «decent minimum» de Charles Fried, el «mínimo decoroso» de H. Tristram Engelhardt, etc.), por arriba del cual la obtención de otros servicios debe ser financiada en forma particular por el individuo.
7. Un listado mínimo de acciones de Atención Primaria de la Salud incluye la promoción de una vida sana a través de la educación sanitaria, en cuanto a la dieta y la actividad física; la vivienda higiénica y el saneamiento ambiental; los programas de vacunaciones, salud dental, laboral, sexual y reproductiva; la salud mental en general y la reducción del «stress» urbano en particular; el control de plagas, la prevención y rehabilitación de las adicciones, la profilaxis de las enfermedades de transmisión hídrica y sexual, de los accidentes, las radiaciones U.V. etc.
8. Negar de manera arbitraria una prestación a un determinado usuario porque es muy cara, si no se han cumplido los pasos anteriores, no se puede justificar éticamente, no sólo por una cuestión de principios, sino también porque, en ese caso, no existe ninguna seguridad de que este «default» del sistema defienda realmente la solvencia financiera del mismo.



Foto A. Nice