

## Aquiles Roncoroni y sus textos

**Autora:** Silvia Quadrelli

Editora en Jefe, Revista Americana de Medicina Respiratoria

En el décimo aniversario de su fallecimiento, la RAMR ha intentado honrar en todos sus volúmenes a Aquiles Roncoroni. Para algunos, justifica este homenaje el hecho de que haya sido un prestigioso miembro de la Academia Nacional de Medicina, un Profesor Emérito de la Universidad de Buenos Aires, un ex-jefe de investigaciones del CONICET, un profesor visitante de la Universidad de París, el alma mater del Hospital María Ferrer, el ex-director del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari de la UBA y el más formidable innovador que tuvo la medicina respiratoria en la Argentina. Y probablemente esto solo justifique su lugar de privilegio en la historia de la medicina argentina y el homenaje de la comunidad respiratoria.

Pero Aquiles Roncoroni era mucho más que eso y, por sobre todas las cosas, era un luchador infatigable, un hombre de convicciones inquebrantables y que a la hora de defenderlas mostraba todo su perfil más combativo, vehemente, impetuoso, cáustico y de inteligencia elegantemente mordaz. Lo que Aquiles Roncoroni transmitía (aparte de cierta peligrosa obstinación por conseguir lo que quería) era el permanente preguntarse el porqué de todo y buscar respuestas incansablemente. Roncoroni era “la fisiología de la vida cotidiana”, el pensamiento abstracto, la duda sistemática, el desafío experimental permanente.

Aquiles Roncoroni defendía sus principios con una honestidad y una energía que parecían increíbles en el mezuino pragmatismo de los 90. En una sociedad convencida de renunciar a los valores de la generación de conocimiento, el desafío intelectual, la aventura experimental y sobre todo la defensa de lo que se consideraba justo para privilegiar la eficiencia y la practicidad, el Ronco se mantuvo firme en seguir sosteniendo la rectitud sin atenuantes y la búsqueda de la máxima calidad académica. Defendió sin desmayo hasta la última semana de su vida el hospital público, la excelencia de los centros universitarios, la necesidad de transparencia en la función pública.

Roncoroni no fue un hombre conciliador ni amigable ni diplomático. Su marca indeleble fue “no se miente, no se negocia, no se desfallece”. Fue un hombre valiente, honesto, incorruptible, enamorado de la ciencia y de la vida. Y fue el representante de una época de la Argentina en la que el desarrollo de la ciencia, de la investigación experimental y de la educación médica y un modelo con una mayoría de profesores e investigadores full-time, con jerarquización de la investigación clínica, con un paradigma docencia-asistencia-investigación como forma mayoritaria de la medicina pública, parecía posible. Era el futuro que quería construir y por el que trabajó toda su vida. Roncoroni sabía que la excelencia médica no se podía quedar en la abstracción de la fisiología básica, en la erudición académica, en el aislamiento de una comunidad dentro de sí misma sin atender a los factores que la condicionaban y la atravesaban. Y por eso Roncoroni fue un hombre profundamente político, que opinaba de todo lo que enmarcaba el mundo de la medicina, porque entendía perfectamente que la medicina era intrínsecamente social y estaba determinada por cosas que pasaban fuera de las salas y los laboratorios.

Hoy Roncoroni ya no está y lo lamentamos dolorosamente. Así como despedir a Alfredo Lanari fue un escándalo, la impúdica demostración de la injusticia y la inmoralidad de la muerte, despedir a Aquiles Roncoroni fue una congoja sin límites, el desconuelo de ya no tener respuestas y desafíos de su inteligencia clarividente y su energía inapeable. Pero sobre todo, despedir a estos hombres notables fue para la generación que compartió sueños y luchas con ellos, la desdichada resignación de aceptar que una época de la Argentina se había acabado para siempre: la época de la Universidad de Risieri Frondizi, del sueño de un triángulo de Sábato-Botana real y no imaginario, del derroche de talento y de creatividad, de una atmósfera académica que estimulaba la investigación y la producción de conocimiento, de una educación superior dirigida por la inteligencia y la reflexión y no por los intereses sectoriales, la burocracia mezquina y la más desvergonzada arbitrariedad.

De nada vale la nostalgia de llorar la pérdida de hombres excepcionales si no hacemos algo para intentar cambiar ese contexto social general. Un contexto en el que hoy, aún el ámbito académico, ya no es tan valioso el conocimiento, la curiosidad inquisitiva, el desafío intelectual sino que ha sido desplazado por la febril actividad generadora de renta, el ejercicio del poder (apenas simbólico) y un individualismo feroz e irredimible.

Aquiles Roncoroni ha dejado una marca indeleble en quienes lo conocieron. Por su agudeza intelectual, por su discernimiento inusitado, por su sarcasmo inquisitivo, por su valentía imprudente, por su honestidad incommovible. Quienes tuvimos el privilegio de compartir parte de nuestra vida con él y otros hombres notables como Agrest y Lanari, debemos sentir la urgencia de ser interpelados por estas ausencias para no resignarnos y para trabajar activamente por los cambios que, quién sabe en cuánto tiempo, pueden recuperar esa Universidad y esa vida intelectual que ya se fue. Este país merece una mejor Universidad que la que tiene y una atmósfera académica, más

justa, más intelectual y moralmente retributiva, con condiciones creíbles y sostenibles para la producción y distribución de conocimiento. Nos toca a nosotros, aunque no vayamos a verlo, luchar por demandar que esta sociedad genere esas condiciones en las que otros Lanari, otros Roncoroni, otros Agrest puedan desarrollarse y darle a otros lo que nosotros recibimos.

Para las nuevas generaciones que no tuvieron la fortuna de compartir el día a día de ese gigante intelectual que fue Roncoroni, nada mejor que acercarlos alguno de sus escritos. Leerlo de primera mano y recordar que la medicina y las preocupaciones de un médico no se acaban en la dosis de un fármaco, la rentabilidad diagnóstica de un método o el pronóstico de una enfermedad rara, quizás les devuelva ese "*gran temblor de víspera y de alba*" que anunciaba la felicidad inminente y que caracterizó esa pasión que hace no mucho, los hizo elegir una profesión que, más que un oficio, es una manera de ser en el mundo.

Reproducido con permiso de la Revista Medicina: Medicina 2000; 60 (1): 82-8.

## La ética médica en el mundo del mercado

### Fidelidad hipocrática o fidelidad a la empresa

**Autor:** Aquiles J. Roncoroni

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

*"Pocas tendencias podrían socavar más completamente los pilares de nuestra libre sociedad que la aceptación por los ejecutivos de las corporaciones de otra responsabilidad social que producir tanto dinero como sea posible para sus accionistas"*

**Milton Friedman**

#### Resumen

El avance de conocimientos y tecnología aumentó, entre 1920 y 1990, en 25 años la supervivencia media y también el gasto. Para contenerlo se aplicaron técnicas empresariales que consideran la salud como una mercancía, a los pacientes, "consumidores", y a los médicos "proveedores". Organizaciones ("Gerenciadoras de Salud") dirigidas por economistas, gestores de negocios y contadores lucran intermediando entre "consumidores" y "proveedores". Deciden cuándo, cuánto y cómo se gastará. Intervienen entre médicos y pacientes y han convertido una relación amistosa e interactiva en una relación conflictiva. Desde el paternalismo de la era del médico, pasando por la era del paciente hemos llegado a la del pagador. El médico es forzado a ignorar su responsabilidad fiduciaria y a someterse a los intereses económicos corporativos a través del racionamiento, sujeción a guías de práctica sin respetar la individualidad, selección de procedimientos sub-óptimos y evitando los pacientes ancianos, crónicos y/o complejos. La tecnología, de fácil control administrativo, sustituye a la labor intelectual del que escucha, entiende, examina, diagnostica y compadece. Su depreciada actividad lo obliga a expandir demasiado su lista de consultas y acota su relación con el paciente. La empresa se jacta de la calidad que brinda, ésta es el uso oportuno y adecuado de los recursos de hoy. La calidad del mañana depende de la búsqueda del progreso, sin ella la medicina pasa de la práctica de una profesión al

desarrollo de un negocio. El centro médico-académico donde se enseña e investiga, la "cenicienta del Estado" es discriminado por su compromiso con la función fiduciaria, su incierto destino simboliza el desinterés por el desarrollo de la excelencia. El bienestar general de un país con más de 14% de desocupación y un tercio sin cobertura de salud exige instituir el seguro universal de salud.

## Abstract

### Medical ethics in care-management. Hippocratic fidelity or management fidelity

The advance which resulted in the mean survival increase from 50 to 75 years between 1920 and 1990 also provoked the rise in health care costs, and the so called "health crisis". In order to contain it, market tactics were put to action, health care was considered a commodity, patients "consumers" and hospitals or physicians "providers". Economists, accountants and business advisors in charge of "Health Maintenance Organizations" (HMO) started the very profitable activity of intervening between patients and physicians. Rationing, use of general practice guides, suboptimal treatments, risk avoidance and other market tactics changed the practice of a profession into a business enterprise. The HMO decides if, when, how and how much will be given to any "consumer". Use of technology more impersonal and easily administered is the leading feature of to-day's medicine over the intellectual activity of the physician who hears, understands, makes the physical examination, diagnosis and treatment. The increasing depreciation of his task obliges the physician to enlarge the number and decrease his communication with his patients. His fiduciary obligation is subordinated to market needs and his practice increasingly compromises his moral integrity. The HMO boasts of the quality of the service given, this is the timely use of to-day's appropriate resources. Nobody wants the 1950 car or medical practice. Tomorrow's practice however depends on increasing knowledge, that is, on research, an activity which is not the HMO object. The academic-medical center, the very place where the interaction of teaching and investigating promotes the excellence is discriminated by the HMO because of its compromise with fiduciary activity imposed by 2500 years of Jewish-Christian philosophy. The future of these institutions (state's Cinderella's) is progressively compromised; when we lose them how long will it take to recover them? The politicians are always ready to create new hospitals, after they are built consuming large amounts of money, they become disinterested. All hospitals in our country are completely active only 4 hours/day, their physicians travel afterwards to their diverse places of activity consuming much of their time in getting there and complying with the bureaucratic tasks imposed by HMO. In our country with 14% unemployment and 1/3 of the population without any health coverage, the institution of universal health insurance is mandatory. Preventive medicine is not effective for people who lack the means for adequate nutrition, education or transportation, they do not visit doctors or use medicines.

**Key words:** medical ethics, care-management

Recientemente Medicina publicó un editorial sobre el cuidado de la salud en la actualidad<sup>1</sup>, además en varios artículos periodísticos y cartas de lector<sup>2-9</sup> se intentó informar al público del riesgo que se corría si el cuidado de la salud se convertía en una mercancía transable como cualquier otra del mercado. Diversos intermediarios y gestores de negocios incitan hoy a universalizar en nuestro país el modelo gerencial de USA donde cientos de organizaciones explotan el lucrativo negocio de intermediar entre proveedoras de fondos como Medicare (PAMI) y Medicaid y los "beneficiarios". Estas organizaciones Health Maintenance Organizations (HMO) consumen hasta 30% del recurso retaceando servicios, utilizando guías de práctica destinadas a uniformar suprimiendo la individualidad, sus contadores intervienen entre médicos y pacientes acotando la responsabilidad fiduciaria y la relación médico-paciente. De esta manera la medicina está en trance de perder su cualidad fundamental de una relación amistosa e interactiva entre seres humanos, a una vinculación a veces conflictiva. En esta nueva relación el médico debe elegir entre los intereses

del paciente física y emocionalmente vulnerable, confiado en su responsabilidad fiduciaria y las disposiciones de los administradores sólo interesados en el éxito económico de la corporación. El cuidado de la salud al fin del milenio se ha convertido entonces en una práctica crecientemente insalubre para la integridad moral del médico y también crecientemente insatisfactoria para los ancianos y pacientes crónicos y/o complejos así como para el progreso de la medicina. Pretendo describir las impresiones, que cerca del final, surgen ante un médico con 50 años de intensa actividad realizada con un paradigma diferente del que actualmente se pretende imponer. Discutiré algunas consecuencias de la expansión del complejo industrial-médico<sup>10</sup>, la invasión de las técnicas del mercado, la relación médico-paciente, el futuro previsible del centro médico-académico y la nueva ética.

Cientos de organizaciones de diverso tamaño, algunas con estructura de "boutique" de negocios trafican febrilmente aquí y en USA con los "dueños" de los paquetes de "consumidores". Mientras antaño uno conocía a los organizadores

o responsables de las organizaciones médicas creadas con otro paradigma (los hermanos Mayo en quizás el primer intento en USA de organización médica, el OMINT de Aberg-Cobo o el TIM de C. Taquini y otros) hoy el anonimato cubre a personalidades inversoras del más diverso origen. La actividad médica es hoy comparable a la de los obreros de la línea de montaje, aquella que hizo la fama y la fortuna de Henry Ford en la planta de River Rouge, Detroit, hace 75 años. ¿Cómo se generalizó esta intrusión? En 1994 el Congreso de USA con mayoría republicana abortó el plan de salud ideado por Einthoven a pedido de Hillary Rodham Clinton. Fue entonces claro que las reformas necesarias en la organización del cuidado de la salud no serían realizadas por el gobierno y que tampoco habría salud para todos. Hasta la década del 80 era universal en USA el cobro por prestación que el seguro pagaba sin discusión. La relación médico-paciente carecía de ingredientes económicos para los asegurados. La aplicación en gran escala de tecnología moderna, nuevos y más efectivos medicamentos, mayor seguridad y confort hospitalario y en mucha menor medida el envejecimiento<sup>11</sup> provocó que el avance del gasto en salud alcanzara 4-5% entre 1975 y 1993. Este incremento muy superior al del producto bruto presagiaba la quiebra futura del sistema y ocasionó la introducción en 1983 del pago global según diagnóstico sin considerar la individualidad. Esta técnica así como la “capitación” transfieren el riesgo al prestador (médico, hospital). En pacientes complicados, agotado el monto del paquete, si no hay una militante vigilancia de un sindicato de pacientes aún inexistente, crece su riesgo en relación directa al costo de la prestación imprevista que se posterga o anula. La insuficiente reducción obtenida del gasto impulsó luego el ingreso masivo de las técnicas de mercado en la salud a partir de 1990.

De acuerdo a Hipócrates, siglo de oro de Atenas, el deber del médico es atender las necesidades del paciente con exclusión de cualquier otra consideración. Desde entonces y hasta las primeras décadas de este siglo fue la era del médico, un modelo paternalista. Progresivamente las preferencias del paciente influyen en la conducción del tratamiento y se inaugura la era de ambos. Rápidamente, luego un modelo de libertad y consentimiento informado lleva a una disminución de la responsabilidad del médico. Esta era del paciente termina abruptamente cuando se establece (USA, 1983) el módulo

de pago según el diagnóstico que limita la elección. Comienza así la era del pagador que decide, de acuerdo a cálculos y pronósticos, cuál será la calidad de vida residual luego de procedimientos complejos y pretende legalizar, de acuerdo al concepto de futilidad, el abandono de pacientes de recuperación improbable que así convierte en imposible. El mercado considera los enfermos, “consumidores”, sin reparar en que la salud no es un bien consumible a voluntad como las gaseosas o los autos, y a los médicos “proveedores”. El proceso ha realizado el giro completo y dado que la salud se ha convertido en una mercancía más, le aplica las leyes del mercado aunque en forma peculiar. Así esta industria es la única cuyo provecho se basa en restringir el consumo de la mercadería que sus clientes desean consumir y ella comercializa. De una relación ideal de mutua confianza (relación entre amigos) se ha pasado, una vez desaparecida la promotora, a una relación conflictual en que empresa y cliente tratan de obtener el mejor partido y el médico puede convertirse en mudo espectador. Incentivado para racionar el consumo de los recursos caros y arriesgando su permanencia en la empresa si actúa como representante fiduciario del paciente a lo que lo obliga el juramento hipocrático, el médico puede vivir conflictualmente su actuación como agente de la empresa.

Qué es lo que el paciente anhela obtener en la relación con el médico: 1) libre elección, 2) capacidad con juicio clínico, 3) comunicación (escuchar, entender y explicar), 4) compasión (empatía), 5) continuidad en la relación, 6) ausencia de conflicto de intereses. Qué se limita en el tipo de modelo economicista adoptado: 1) El paciente no puede elegir el médico sino de un grupo contratado por la empresa, tampoco el enfermo complejo puede acceder al mejor experto en su dolencia sin consentimiento del médico de familia, paradigma de la empresa de salud y convertido en “guardián” incentivado del ingreso. El paciente no es informado de los conflictos de intereses. 2) Es improbable que el modelo virtuoso del médico general del pasado que suplía con su bondad el atraso de la medicina de la época y atendía en niños el resfrío o la neumonía y en adultos el infarto de miocardio, la hemorragia cerebral o cualquier otra dolencia sea efectivo en la era tecnológica donde el conocimiento cambia tan rápidamente que aun los especialistas pueden no estar al día. ¿Sabrá este médico apreciar sus limitaciones, hará el diagnóstico precoz que a menudo

significa la diferencia entre la vida y la muerte? ¿Es que la empresa hace estudio de resultados de los cambios que ha impuesto para maximizar su ganancia? 3) ¿Es acaso posible establecer alguna relación en los 10-15 minutos que el médico puede dedicar a cada consulta dado la escasa remuneración que le obliga a una expansión constante de su lista? El atareado clínico no puede escuchar, entender y explicar; no hay tiempo para la práctica del consentimiento informado. 4) La compasión es quizás la tarea más desgastante y agotadora del médico que se hace depositario de la angustia. Requiere más que ninguna, tiempo y energías. 5) La competición de precios es la característica fundamental del modelo desarrollado en USA, su teórico más destacado A. Einthoven, agregaba universalidad, cuidado de la calidad y satisfacción del cliente, pero su paradigma no fue respetado. La empresa selecciona a los sanos, idealmente la pareja joven<sup>12</sup> para ejercer la bendición inocente y barata de la medicina preventiva: consejos de moderación a cargo del sujeto y algunos análisis de tanto en tanto. Algunas inclusive expulsan a los ancianos (incremento de cuotas) que pagaron cuando sanos para asegurarse una vejez protegida, la que quizás hubiera sido más segura con la buena inversión de sus cuotas médicas. Es decir podría compararse a un seguro disponible salvo cuando se necesita. 6) La relación sin conflicto se hace difícil cuando el médico debe cohonestar los intereses del paciente, los propios y los de la empresa. Es similar a la dimensión angustiosa que adquiere la ecuación médico-paciente-enfermedad-sociedad en hospitales sin presupuesto como los universitarios, donde el gasto generado por cada paciente complejo debe ser racionado para permitir la supervivencia del hospital. En resumen la dimensión ética del sistema de salud es inadecuada (Fig. 1).

A pesar de los cambios el médico continúa siendo el protagonista del cuidado de la salud. Responsable de más del 90% de las prestaciones y de sólo el 20% del consumo. Sus roles son variados y frecuentemente conflictivos: abogado del paciente (hasta donde se lo permiten las regulaciones empresarias), consejero ilustrado de las decisiones (dentro de las guías adoptadas por la empresa), representante visible (aunque ya no el más importante) del sistema de salud público o privado y miembro responsable de la sociedad a la que debe asesorar respecto a la calidad, excelencia y costo/beneficio de las acciones de salud. Cada médico

#### Ética del Sistema de Salud

- No equitativo (relacionado a nivel económico)
- Esquiva a los más enfermos y/o ancianos
- Prefiere a jóvenes sanos
- Puede reclasificar diagnósticos para > cobro
- Auditorías controlan excesos, no defectos de diagnóstico o tratamiento

Fig. 1

tiene su modo propio de conducta: 1) desempeño sin restricciones de su responsabilidad fiduciaria afrontando riesgo económico personal; 2) cumplimiento de las normas impuestas con el menor perjuicio posible para su paciente; 3) obediencia completa con corrupción de su integridad y aun adquiriendo interés económico en la empresa<sup>13</sup>. Excluyendo el modelo paternalista inicial en el cual el médico prácticamente tomaba todas las decisiones, el adelanto general del conocimiento justifica un rol médico como consejero que elabora planes concordantes con los valores y necesidades individuales de su paciente.

En el sistema corporativo el rol principal es el del grupo administrativo que determina: cuándo, cómo y cuánto se concederá a cada enfermedad, habitualmente sin considerar la individualidad. Los requisitos burocráticos impuestos en nombre del control del gasto consumen gran parte del tiempo y energías del médico que se sustraen a su actividad específica. Sin embargo el progreso en la comprensión de: mecanismos de enfermedad, nuevas modalidades diagnósticas y terapéuticas, la respuesta de la enfermedad y el paciente y la inagotable fuente de aprendizaje que proporciona la relación médico-paciente son objetivos más útiles para la sociedad y son además el oficio del médico. También en el sector público el rol principal lo desempeña el poder administrativo que establece presupuesto y prioridades. La contención del gasto se aplica preferentemente a los niveles de ejecución mientras se preserva el consumo de los organismos de decisión. A nivel privado las economías no afectan el gasto en propaganda, la retribución gerencial o del capital accionario. En resumen, las economías obtenidas no se vuelcan a mejorar la salud sino a aumentar el beneficio de quienes las imponen. Por ese motivo este sistema se extiende velozmente y abarcará toda la oferta de salud de nuestro país, también se concentrará crecientemente dada la importancia

de los capitales que arriban al mercado argentino atraídos por la ausencia de regulación. Es decir que aumentará el racionamiento y la declinación de la autonomía del paciente y del médico.

Nuestro gasto global en salud no sería exagerado ni escaso (similar al de Gran Bretaña) si se distribuyera equitativamente. Sin embargo el estímulo ordenador es la competitividad por precio; un criterio frecuente de cobertura, “lo posible para quien lo demande”, no considera las necesidades sino la disponibilidad de recursos ocasionando mal resultado asistencial y baja eficiencia aunque a menor costo<sup>14</sup>. Más de un tercio de los argentinos no tienen cobertura de salud y dependen de los variables recursos del hospital público.

La medicina de nuestros días está condicionada por las transformaciones exigidas por el modelo económico en apogeo por el momento en el mundo. Sus reglas, aplaudidas por los innumerables actores de la vida pública que de una u otra manera son sus socios, se han extendido al hospital público, que de una misión de servicio, sobre todo para los más necesitados, ha debido pasar a una suerte de empresa cuya subsistencia se basa en la recaudación. En el mismo, el médico es obligado a olvidar 25 siglos de doctrina occidental, el juramento hipocrático y su función fiduciaria y a requerir, antes de cualquier acto, cómo se va a pagar. De este modo la relación médico-paciente, antes una relación “entre amigos”, ha pasado a ser un acto comercial y la medicina, de la práctica de una profesión al ejercicio de un negocio.

El incremento en la desocupación y la pobreza, oficios de dedicación exclusiva que parecen haber llegado para quedarse, ha provocado que más del 30% de la población carezca de cobertura médica. Este sector indigente acude al hospital público. Los hospitales municipales y provinciales argentinos cuentan con presupuestos que les permiten subsistir sin otro aporte. En contraste puede decirse que el hospital universitario carece de presupuesto dado que en los últimos 15 años la Universidad ha considerado oportuno restringirlo progresivamente para dedicarse a formar inadecuadamente una masa creciente de profesionales que luego constituyen un proletariado insatisfecho, pero quizás antes apoyan a quienes les otorgaron el dudoso privilegio de una educación masificada y deficiente y un título poco útil para subsistir. Los gastos necesarios deben ser cubiertos con recursos provenientes de la venta de servicios médicos.

A pesar entonces de un aumento en el número de personas sin cobertura, su proporción en el hospital universitario ha debido necesariamente pasar en los últimos 15 años del 80% a menos del 15% del total.

La creación en 1993 del hospital de “autogestión” permite celebrar convenios para prestar servicios médicos remunerados; se produjo así un giro radical en la política estatal de salud que pasó de financiar la oferta (el hospital) a financiar la demanda de servicios. En este sistema la suerte económica del hospital depende de su éxito en captar pacientes con cobertura o mejor dicho a las entidades (Obras Sociales y otras) que poseen los pacientes. El éxito del sistema requiere una transformación profunda del hospital que debe evaluar el costo-beneficio de cada acto médico y eludir los actos con cobertura dudosa o ausente. Implica también la colaboración del personal en la prolija contabilidad de procedimientos y consumos que deben ser facturados. El personal administrativo debe también pasar de su fidelidad al sistema burocrático tradicional a una acción dedicada a facturar y cobrar. La educación y la investigación pasan también a un segundo plano ya que el primero es ocupado por las prácticas rentables y de cobro asegurado. En un sistema ideal los recursos así obtenidos se volcarían luego en educación, investigación y atención de indigentes, sin embargo la renuencia de las obras sociales a pagar sus cuentas y la falta de personería jurídica del hospital conspira crecientemente con este propósito. Un método de remuneración como la capitación asegura las finanzas del pagador y transfiere el riesgo al prestador. En poblaciones añosas como la de PAMI es frecuente que la cápita de 100 personas (23 \$/mes) sea consumida por un sólo paciente complejo.

Probablemente la mayor dificultad del hospital universitario proviene de ser un centro médico-académico. Este nombre se aplica a las instituciones donde diversas disciplinas biológicas coinciden y realizan esfuerzos concertados para buscar nuevos paradigmas de comprensión de la biología humana que resulten en progreso, es decir excelencia, en la prevención y tratamiento de la enfermedad y preservación de la salud, mientras aplican a enfermos más bien complejos la mejor calidad asistencial disponible y aprovechan ambas actitudes (excelencia y calidad) para formar profesionales destinados a expandir su campo de acción. La coexistencia de asistencia, docencia e investigación

ha sido tradicionalmente capaz de promover una suerte de fertilización cruzada entre experiencia, conocimiento e ingenuidad capaz de promover la creación. En términos generales, tanto aquí como en USA, estos centros son discriminados porque su solvencia técnica, la presencia de residentes y médicos comprometidos antes que nada con los intereses del paciente y su tradición de investigación los hace intolerantes con tácticas económicas que privilegian la acumulación de capital en lugar de su empleo en las necesidades del enfermo. El asedio al centro médico-académico no tiene atenuantes y el desinterés del Estado presagia que su supervivencia depende de que se haga indistinguible de quienes compiten por el éxito económico. Quién se ocupará entonces de la enseñanza y formación de profesionales y de la investigación desinteresada es una pregunta pertinente.

Los grandes cambios en el cuidado de la salud se hacen en nombre de la economía del gasto pero ¿desea la sociedad controlar y retardar el avance tecnológico que ha resultado en prolongar la expectativa de vida de 50 años en 1920 a 75 en 1990? ¿No deseará más bien restringir el consumo improductivo e irritante de los protagonistas del poder?

Es fácil y razonable observar los objetivos contrapuestos de sanos (la mayoría) y los pacientes (Fig. 2). Debemos preguntarnos si una sociedad que pretende denominarse democrática debe aplicar al cuidado de la salud, la educación o la cultura, la filosofía de los que venden gaseosas, hamburguesas o automóviles. ¿Deberá perecer a manos del “marketing” y otros “adelantos” economicistas lo que distinguió a la civilización occidental en los últimos 25 siglos? ¿Deberemos cambiar la orientación que recibimos de nuestros maestros y educar a un médico que privilegie el ajuste en el gasto en lugar de la compasión? ¿Existe en nuestro entorno

¿Objetivos contrapuestos?

Cada paciente reclama: tiempo necesario, empatía, sensibilidad	La sociedad reclama: Menor gasto en salud
Diagnóstico correcto	Menor uso de tecnología compleja
Tratamiento óptimo	Medicamentos más baratos
Sin escatimar gastos	Prepagos menos caros

Fig. 2

una actitud de integridad moral y restricción del gasto frívolo que permita observar que quienes preconizan el ajuste lo practican? ¿El producto de la educación médica debe ser un individuo que sepa cada vez “menos y menos de más y más” una especie de gerente general destinado a la atención superficial de hombres, mujeres y niños?

Las tácticas empresariales comunes son (Fig. 3) 1) Selección de “clientes” jóvenes y sanos que sólo requieren prevención y consejos de vida sana; 2) exclusión de ancianos o expulsión a través del aumento de la cuota en la época de declinación de la capacidad productiva; 3) retaceo o postergación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos caros hasta la evolución natural de la enfermedad los haga innecesarios; 4) institución del médico de familia con escasa retribución y necesidad de atención de un número creciente de pacientes que se verá obligado a ignorar los pacientes complejos cuyo diagnóstico y atención consumirían un tiempo no retribuido.

Mientras es razonable y conveniente la cobertura de las necesidades en la forma más económica posible las formas ensayadas: pago por diagnóstico, capitación, control gerencial tropiezan con la invariable corrupción particular y previsible de cada procedimiento. Cualquier nueva técnica requerirá el control de auditores independientes y personalmente responsables dedicados a vigilar no sólo el exceso, como lo hacen ahora por cuenta de la empresa, sino también el defecto en la prestación.

Es invariable en la propaganda de la empresa realzar la “calidad”<sup>15</sup> del servicio que presta, esta cualidad se evalúa por el acto preventivo o curativo apropiado y oportuno para cada situación y sujeto empleado con características establecidas (Fig. 4, 5). La calidad sin embargo sólo se vincula a la medicina de hoy, el “consumidor” de mañana demandará algo o mucho más que no estará disponible sin la búsqueda del progreso que no es una cualidad del mercado sino de la profesión (Fig. 6).

Tácticas empresariales

- Técnicas uniformantes del mercado
  - Médico de Familia (guardián del acceso)
  - Métodos diagnósticos y tratamientos relacionados y estipulados por guías de práctica colectivas
  - Acotamiento de la responsabilidad fiduciaria
- Capitación con transferencia del riesgo

Fig. 3

## Evaluación de calidad

- Servicio apropiado y oportuno para c/paciente
- Juicio clínico y habilidad
- Empatía y sensibilidad
- Responsabilidad fiduciaria y honestidad
- Compromiso c/deseos y expectativas del paciente informado
- Sin conflictos de intereses

Fig. 4

## Calidad médica (evaluada por)

- Mortalidad observada/esperada
  - Resultados en calidad de vida residual
  - Ajuste por severidad
  - Criterios de uso apropiado de métodos
- Vinculación cuestionable c/medicina individual

Fig. 5

## Calidad vs Excelencia

Calidad es lo mejor obtenible hoy, es una cualidad del mercado  
Excelencia es lo mejor del mañana, es una cualidad de la profesión

El "consumidor" demanda hoy la mejor calidad, la de mañana la creará el médico y la disfrutará el futuro "consumidor"

Fig. 6

Cualquiera temblaría si sus dolencias de hoy se trataran con los recursos de la medicina de hace 50 años, cuando me gradué. ¿Cómo se obtendrá el progreso con las tácticas del mercado de la salud, quien enseñará a los médicos de mañana?

Para intentar humanizar y controlar las leyes del mercado se pretende: 1) atenuar la selección; 2) obligar a la atención de enfermedades catastróficas evitando la transferencia al hospital público cuando la cobertura se ha agotado; 3) regular el co-seguro; 4) vigilar la calidad impidiendo la carencia de tratamiento y diagnóstico adecuado por razones económicas.

Estos propósitos se cumplirían con: 1) Seguro Universal de salud; 2) conjunto de prestaciones mínimas obligatorias; 3) creación de un fondo de redistribución para ayudar a las instituciones que acrediten pérdidas intolerables por el cumplimiento de estas disposiciones; 4) creación de un Ente de vigilancia y mediación entre empresa y

pacientes a su cargo que debe ejercer una función informativa de los pacientes y auditoría no sólo del exceso como ahora sino también del defecto de diagnóstico y tratamiento. Las perversiones de estos mecanismos de control son frecuentes y públicas: 1) los reglamentos tienden a ser elaborados por las empresas y sus asociados en la función pública de manera tal que sean inoperantes; 2) el fondo de redistribución está controlado en función de la capacidad o poder político de manera que elude su objetivo; 3) para los Entes de control, los intereses de las corporaciones tienen prioridad respecto a los de los "consumidores" como es de fácil observación en nuestro país con los servicios públicos.

Cuidando el dinero, los economistas en función de gobierno pretenden crear una nueva ética<sup>16</sup>. El médico debe olvidar el compromiso hipocrático y preocuparse del posible exagerado consumo del paciente que confía en su responsabilidad fiduciaria y supeditarla a las posibles necesidades de aquellos a quienes no atiende (Fig. 7). Implícitamente deberá confiar en que personalidades "superiores" economistas, empresarios, políticos distribuirán en forma equitativa este dinero ahorrado tal como lo han hecho en nuestro país con los jubilados no privilegiados.

¿Deberá perecer a manos del "marketing" y otros "adelantos" economicistas lo que distinguió a la civilización occidental en los últimos 20 siglos? Deberemos cambiar la orientación que recibimos de nuestros maestros y educar a un médico que privilegia el ajuste en el gasto en lugar de la compasión. ¿Existe en nuestro entorno una actitud de integridad moral y restricción del gasto suntuario que permita creer que quienes nos obligan al ajuste lo practican? ¿El producto de la educación médica debe ser un individuo que sepa cada vez "menos y menos de más y más", una especie de gerente general destinado a la atención superficial de hombres, mujeres y niños?. En un país democrático pero sin educación universal, vivienda adecuada para todos ni pleno empleo la actividad médica parece desesperanzada. La extendida y creciente pobreza, actividad de dedicación exclusiva, hace ilusorias la nutrición adecuada, la prevención, el uso de medicamentos o la consulta médica.

¿Es que debemos abandonar toda esperanza? No lo creo, más bien aplicarnos a luchar por una medicina de consenso en lugar de conflicto. Es imperativo que el Estado brinde un marco regulatorio para la actividad industrial médica. Deben

crearse Consejos técnicos de supervisión de prácticas y resultados. Las empresas deben establecer un grupo técnico donde pueda apelarse la decisión controvertida, se debe tolerar la función fiduciaria del médico, es más, su cumplimiento debe ser vigilado. El médico debe ser ayudado con información en lugar de represión, para mejorar su costo-beneficio. Las guías de diagnóstico y tratamiento deben ser públicas y sujetas a revisión periódica. Se deben ofrecer al paciente todas las opciones de tratamiento para permitir su autonomía. En un país con una más desarrollada conciencia social y marco de protección gremial, es posible que los médicos debieran constituir grupos de práctica manteniendo sus principios éticos. Los economistas de salud han establecido que se necesitan 850 personas de la población general para mantener un médico; dado que en nuestro país hay sólo 340 habitantes/médico será siempre posible encontrar médicos dispuestos a aceptar condiciones de trabajo conflictivas.

Por otra parte la creciente desocupación ha provocado que quizá casi un tercio de los argentinos no tenga cobertura de salud. El seguro universal de salud es la única solución rápida. La Sociedad debe decidir si se cuida el dinero o las personas. En el primer caso no es aceptable que los médicos deban romper su compromiso inalienable con el bienestar del paciente para preservar fondos cuyo ulterior destino social no es confiable. Algunos aspectos de la vida están fuera del comercio. Está prohibido vender niños, comprar esposas, jueces u órganos para trasplantes. El cuidado de la salud

es demasiado precioso, íntimo y corruptible para confiarlo sin más al comercio<sup>17</sup>.

## Bibliografía

1. Roncoroni AJ. Acerca de la práctica médica en nuestros días. *Medicina* (Buenos Aires) 1996; 56: 201-3.
2. Roncoroni AJ. Médico-paciente. *Cartas de Lectores. La Nación* 1996; noviembre 18.
3. Roncoroni AJ. El cuidado de la salud en el fin del milenio. *La Nación* 1997; febrero 17, pg. 17.
4. Roncoroni AJ. Los economistas. *Cartas de Lectores. La Nación* 1997; marzo 12.
5. Roncoroni AJ. El médico de familia. *Cartas de Lectores. La Nación* 1997; mayo 16.
6. Roncoroni AJ. *Medicina de Consenso*. Página 12, junio 11, 1997.
7. Roncoroni AJ. La relación médico-paciente. *Consultor de Salud* 1997; 124: 20.
8. Roncoroni AJ. La salud como una mercancía. *La Nación* 1998; diciembre 18, 17.
9. Roncoroni AJ. La obligación fiduciaria del médico. *Consultor de Salud* 1999; 215: 15.
10. Relman A. The New medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980; 303: 963-70.
11. Newhouse J. An iconoclastic view of health-care. *Health Affairs* 1993; 1 Suppl: 152-71.
12. Angell RM. Risk adjustment or risk avoidance. *N Engl J Med* 1998; 339: 1925-6.
13. Kassirer JP. Our endangered integrity. It can only get worse. *N Engl J Med* 1997; 336: 1666-7.
14. Marracino C. Coberturas de Salud. No publicado.
15. Blumenthal D. Quality of care What is it? *N Engl J Med*. 1996; 335: 891-4.
16. Kassirer JP. Managing care. Should we adopt a new ethic? *N Engl J Med* 1998; 339: 397-8.
17. Woolhandler S, Himmelstein DU. When money is the mission. The high cost of investor-owned care. *N Engl J Med* 1999; 341: 444-6.