

EDITORIAL

LA MUERTE DE LA CLÍNICA Y EL MALESTAR DEL MÉDICO

Asa Cristina Laurell

El paradigma dominante de atención médica basado en su mercantilización ha modificado profundamente el trabajo médico. La introducción del aseguramiento, público o privado, como mecanismo de financiamiento y de la competencia entre administradores de fondos y prestadores públicos y privados, ha alterado a fondo la lógica del trabajo médico y el lugar de la práctica clínica en la atención. El poder médico con sus implicaciones problemáticas ha sido subordinado a los intereses del complejo médico-industrial-asegurador, compuesto por empresas médicas, la industria farmacéutica y biotecnológica, de tecnología médica y aseguradoras.

Esto significa que ahora es a los médicos a los que se busca controlar, disciplinar y normar. Si antes el acto clínico se conducía por el médico hoy éste ha sido convertido en fuerza de trabajo para generar ganancias del complejo médico-industrial-asegurador o para bajar costos en las instituciones públicas. Algunos investigadores han llamado a este proceso la taylorización del trabajo médico clínico, que consiste en estandarizar la actuación de los médicos clínicos ante el paciente. Las manifestaciones de ello son muchas y variadas.

Entre otras están la regulación del tiempo permitido para cada acto médico; el establecimiento de protocolos de atención uniformados e inflexibles; la sustitución de la anamnesis por un formulario de preguntas cerradas para llenar el expediente clínico electrónico; el remplazo de la exploración física por baterías de exámenes de laboratorio y de gabinete, etcétera. Esto significa que hoy hay poco espacio para escuchar la percepción y el sentir del paciente. Antes la experiencia, percepciones, sentires y situación de la persona en búsqueda de alivio de su malestar fue conducido por el médico-clínico hacia una visión compleja del malestar, ciertamente excluyendo otras dimensiones del desasosiego del paciente.

Actualmente, la actuación del médico frente al paciente está ubicada en el terreno de las pugnas por la ganancia y de la búsqueda por bajar costos. En esta nueva constelación el paciente está en el último y el médico en el penúltimo peldaño de la jerarquía, am-



Asa Cristina Laurell es una investigadora, médica y política de origen sueco y naturalizada mexicana en 1971. Es reconocida como una de las figuras más representativas de la corriente de la medicina social latinoamericana. Entre otros cargos, fue secretaria de Salud del Distrito Federal durante la gestión de Andrés Manuel López Obrador (2000-2006) y académica de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

bos con pocos recursos de poder frente a los grandes jugadores del complejo médico-industrial-asegurador.

El nuevo lugar del médico se expresa de muchas maneras. La presión por acortar el tiempo de contacto con el paciente y la estandarización de su práctica conspiran para quitarle la posibilidad de aplicar su conocimiento y convierte su práctica en una rutina mecánica y poco estimulante. Para resolver este problema los gerentes de la atención proponen fijar incentivos monetarios en función del desempeño cuantitativo dejando de lado la calidad del mismo.

El médico, víctima de la idea de que lo que interesa es ganar más, lo acepta. Sin embargo, es a la vez una forma de precarizar el trabajo médico llevada a su máxima expresión en el sector privado, donde se paga sólo por servicios prestados o a destajo. En el sector público la precarización también asume otra forma complementaria, que son los contratos temporales con salarios más bajos y sin las prestaciones de ley usados especialmente en el contexto del Seguro Popular.

En el sector público la competencia entre los prestadores tiene el mismo resultado aunque los estímulos

puedan ser para la unidad de prestación de servicios. El pago a este prestador en función de un tabulador basado en Grupos de Diagnóstico Relacionados, ha llevado a la selección de pacientes "rentables" en perjuicio de los "no-rentables" e incluso de su franca exclusión.

La ideología de la "buena medicina" como el uso de medicamentos de última generación y la alta tecnología, promovida por la industria, a veces en connivencia con los médicos, favorece la generación de ganancias y encarece la atención innecesariamente. Genera, además, iatrogenias que evitaría un buen manejo clínico.

Estos elementos redundan en una deficiente atención en las instituciones públicas, situación que impulsa la migración a la atención privada y a la contratación de

seguros médicos privados. La mayoría de ellos corresponde a seguros colectivos concedidos a los altos funcionarios de los sectores público y privado o a los grandes sindicatos, constituyendo un círculo vicioso donde se transfieren recursos públicos a las aseguradoras y al sector prestador privado sea como gasto directo o vía la exención en el pago de impuestos.

Nos debe quedar claro que la práctica clínica y los médicos son víctimas de esta nueva lógica del sector salud.

En memoria de Joel Herrera Ronquillo, incansable luchador social y político.

Publicado en el periódico mexicano "La Jornada" el 3 de marzo de 2016 y reproducido con autorización de la autora

COMENTARIO SOBRE LA EDITORIAL

Juan Canella

Luego de leer la editorial de Asa Laurell, con su mirada global sobre el proceso salud atención enfermedad y los desvíos del mismo, podemos hacer una reflexión de procesos en Latinoamérica, que tienen sus faros apuntados a la desfinanciación de los Estados.

El sistema de salud no escapa a los diversos proyectos que se dirigen a tal finalidad y la herramienta fundamental para el logro del vaciamiento estatal es el mencionado "Complejo Médico – Industrial Financiero asegurador", un gran aglutinador de caudales que origina una enorme burbuja financiera.

Este complejo, se apoya en tres patas, la Industria farmacéutica; la biotecnología y los llamados "Seguros Universales de Salud"

La industria farmacéutica, sus patentes, las trabas a la producción pública de medicamentos, la publicidad que se contraponen al uso racional de los mismos, constituye un complejo entramado, que encarece la salud, haciendo de la polifarmacia un hecho natural, sobretodo en edades avanzadas del paciente.

La biotecnología es el dispositivo donde las empresas tecnológicas fijan los protocolos de tratamientos y de diagnósticos. Es una de las bases para que se generen sobrediagnósticos y sobretratamientos que logran que la iatrogenia sea la tercera causa de muerte en EE.UU.



Juan Canella es bioquímico egresado de la UBA, pertenece al Staff del laboratorio Hospital de Quemados (GCBA), es docente de la carrera de Medicina de la UNLaM y miembro de la Comisión Coordinadora de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Miembro de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica y de la Agrupación Raúl Laguzzi

El tema Seguros de Salud tiene como ejemplos paradigmáticos a Colombia y a México, dos países que fueron laboratorios donde se aplicaron estos proyectos y donde se pueden observar las fatídicas consecuencias originadas por los mismos, por ejemplo en México, según estudiosos de la reforma mexicana, el proceso de descentralización continúa creando barreras al fortalecimiento del desarrollo institucional de los estados, el estado (provincial) que tiene la asignación de fondos más alta para la salud tiene un gasto

per cápita 156 veces mayor que el que tiene la menor asignación.

Por su lado en Colombia, el sistema de salud se transformó en uno de los negocios más importantes del país después de la reforma propuesta por el Banco Mundial. en el 2010, donde cinco de las 100 empresas más grandes de Colombia eran aseguradoras de salud. Una de ellas fue registrada en 1994, y en 16 años incrementó su capital en 176 veces. Muchos de los hospitales, otrora públicos, son comprados por las aseguradoras gracias a su inviabilidad económica producida por la desfinanciación y consecuente precarización del servicio prestado.

Para poder entender de que se trata el seguro en salud, se lo puede comparar con el sistema de seguros que mas conocemos, el "seguro automotor", que nos ofrece cobertura para, una vez producido el siniestro, contar con la financiación para la solución del mismo. El término "seguro" está ligado directamente al lucro, por lo tanto "Seguro" es "lucro".

Este proyecto, no tiene en cuenta entidades muy importantes, que hacen a los valores de la Salud Pública, la Prevención y Promoción de la Salud. La ausencia de las mismas nos deja en claro que el negocio está en la enfermedad y no en la salud. Un seguro de salud, no es una política que esté relacionada con el "bien ser" y "bien estar" de las personas, sino que es simplemente un sistema de financiación de la enfermedad.

Es así como se va encareciendo el diagnóstico, y los tratamientos. Esta realidad solo genera más miedo a no poder responder económicamente ante una enfermedad, lo que a la vez genera mayores motivos para contratar un servicio financiador.

Otro análisis particular, hay que hacerlo acerca del término "Universal"; el mismo se refiere al número de

personas que reciben la cobertura de salud, pero no a la calidad de la misma. Es decir es una cobertura poblacional. La cobertura se da según la accesibilidad por sector social, del agente asegurado, lo que produce una estratificación en el nivel de calidad de atención. Se ofrecen paquetes de servicios, en función del costo beneficios según los pagos que las personas puedan realizar.

Resumiendo, a las barreras de accesibilidad que tiene la salud, se le suma una más que es la barrera económica.

Es preciso resaltar, en este aspecto, que Argentina tiene una cobertura del 100% ya que desde la gestión de Ramón Carrillo, con sus logros en la Salud Pública, el Estado sigue dando respuesta. A pesar que, salvo algunos pequeños lapsos de tiempo, fue un sistema continuamente bombardeado, hostigado desde la llamada Federalización de la salud post 1955, donde lo nacional pasa a provincial o municipal, o como en los 90 donde el sistema de salud recibió uno de los golpes más certeros con la desregulación de las Obras Sociales, llegando al punto que, en el gobierno de Menem, los salarios más elevados que hasta ese momento contribuían en el sistema solidario de las obras sociales, pasen a financiar directamente a las prepagas, las que a partir de ese momento comienzan con una pendiente positiva y muy pronunciada en la curva de su crecimiento lucrativo.

La financiación del Sistema de Salud Estatal deberá provenir fundamentalmente de un Sistema Impositivo Nacional que tenga características de alta recaudación, y que tenga imposición progresiva. En ningún caso el Estado debería subsidiar a sistemas de salud donde participe el lucro. Esta premisa es fundamental ya que el principal valor es la Salud como Derecho Humano y no como una mercancía capaz de hacer enriquecer a sectores del poder económico, a costa de la enfermedad.