



Ensayo y Debate

Impacto de la Reforma en Salud en el Perú sobre el Acto Médico

CARLOS SANTILLÁN*

Este tema será expuesto inicialmente considerando las tendencias, escenarios y proyecciones de las políticas y reformas a nivel global y nacional propugnadas desde la década pasada. Se mostrarán luego sus alcances y significado en el área de salud, y posteriormente se describirá el acto médico, señalando cómo ha sido afectado por el denominado proceso de Reforma en Salud (RS) en una forma de impacto cuantificable, presente y futura.

Las tendencias actuales de la economía mundial como la globalización monetaria, la constitución de mercados y bloques regionales, el crecimiento de los países de reciente industrialización, el incremento del déficit, la deuda y el deterioro de las economías de los países del Tercer Mundo, el dinamismo avasallador del mercado y de las innovaciones tecnológicas, la conformación de redes mundiales de comunicación, el desarrollo de sistemas sofisticados de información y el cambio continuo y acelerado de los acontecimientos mundiales, no ofrecen un panorama alentador para nuestro país.

Estas tendencias están en su mayoría orientadas a mejorar la situación de los países desarrollados y destinados a la contención de costos en países de economías deudoras como el nuestro.

La Reforma –llamaremos así al conjunto de reajustes económicos y políticos aplicados por

los países deudores incursos dentro de esta tendencia– es un medio cuya finalidad es lograr un estricto cumplimiento de las obligaciones de la deuda. Por ello, la Reforma del Estado y del Sector Salud en el Perú, está determinada por los organismos financieros que fueron creados para tal propósito: Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional y Organización Mundial de Comercio.

Como una tendencia antagónica existe la holística e integracionista, dentro de la cual se debe concretar una decidida acción política nacional, ya que esta nueva orientación incluye otros aspectos necesarios para un mejor desarrollo social. Así, ésta comprende: democratización política, cultural y del conocimiento, fortalecimiento de la sociedad civil, desarrollo local, cambios en el concepto de lo público y salud, análisis y pensamiento estratégico con valores, negociación sin corrupción, competencia social o creatividad, políticas orientadas al bien público, entornos sociales saludables, respeto a la ciudadanía, garantía de acceso a la educación y salud, que aunado a los principios ético-deontológicos permitirían lograr el bienestar y el desarrollo humano.

Sen habla de dos grandes tendencias en los modelos de desarrollo para el siglo XXI.

La primera plantea la idea del “sacrificio necesario” en el corto plazo mediante la disminución del consumo –léase contención de costos–, para propiciar la acumulación de capital en el largo plazo, y por ende una mayor inversión. Esta acumulación produciría, por el efec-

* Secretario de Organización Asociación Médica Peruana.

to del desbordamiento o "filtración" de la riqueza, beneficios para toda la sociedad. Esta tendencia sostiene que la inversión social sólo es justificable si se convierte en "capital humano". Es decir, si las personas pueden ganar en productividad para el crecimiento económico, el gasto puede verse como inversión. La primera prioridad es la educación, dada la importancia que se le da para el mayor rendimiento en el mercado laboral, pero deberá ser pagada por los individuos; la salud es un requisito básico sólo aceptado para que la persona produzca más, se debe focalizar el gasto para lo más frecuente, para las personas que producen, pero debe ser financiada por los usuarios.

Aquí, el hombre es un medio para el desarrollo económico. Se aplica la ética pragmática o utilitarista. El fin justifica los medios. Lo importante son los resultados.

La segunda habla de "proporcionar al mayor número si no a todas las personas, las mejores condiciones para el desarrollo de sus capacidades", de manera que el crecimiento económico sería una resultante de una distribución equitativa de las oportunidades. Esta tendencia habla de invertir en las "capacidades humanas", con base en que la realización de actividades libremente valoradas –como el acto médico– y elegidas –como la autonomía del paciente– es lo más importante para cualquier proyecto de sociedad, de manera que el bienestar conduce al desarrollo social y económico, y no al contrario. La diferencia radica, entonces, en la valoración y el ordenamiento de medios y fines.

En ella el crecimiento es un medio para el bienestar del hombre. La ética deontológica se aplica: buenos fines conseguidos por buenos medios.

Se defiende la segunda opción de manera sistemática. Me incluyo en su forma de pensar.

Debe darse énfasis a la expansión de la libertad humana para vivir el tipo de vida que la gente juzga valedera. El papel del crecimiento económico en la ampliación de esas oportunidades

debe ser integrado a una comprensión más profunda del proceso de desarrollo, como la expansión de la capacidad humana para llevar una vida más digna y más libre.

Basados en esta posición varios países del mundo –ricos y pobres– en los que su ciudadanía es lo más importante, han apuntado a metas de calidad de vida de su población y a formas de distribución equitativas de la renta y la propiedad, como estrategias fundamentales de su modelo de desarrollo.

En otros países, entre ellos el nuestro, un conjunto de "iluminados" implementó la primera opción, obviando en la ejecución de las reformas –por ejemplo, la reforma de la salud– los principios ético deontológicos y la vigencia de la ciudadanía, sin entender al ciudadano como sujeto de derechos y deberes sociales. Por el contrario, se diseñaron formas de protección social parciales e insuficientes, a partir de las cuales creció una cultura política de corte individualista, de los consensos de minorías, que sólo logra identificar intereses de grupos primarios o de corto alcance, mientras pierde de vista la perspectiva solidaria.

En estas condiciones, no es raro que el neoliberalismo avance con pocos tropiezos en países con escaso desarrollo cultural, a diferencia de otros países latinoamericanos como Brasil y Venezuela, o europeos como Inglaterra y Suecia.

El escenario en el que se inició la RS, fue de ausencia total de democracia, de pérdida de valores, de deterioro de la estructura de gobierno por la corrupción y su columna vertebral la impunidad, de aceptación de intereses individuales antes que de los colectivos, de carencia de concertación real entre las fuerzas constitutivas del sistema político, de sometimiento o domesticación de los sindicatos por inercia o en base al manejo irregular de los fondos de sus afiliados. Todo ello fue muy negativo sobre lo que debe ser el derecho a la salud para todos. En esta etapa la RS fue tácita, se hizo y se hizo, en forma agresiva contra el acto médico.

Los escenarios durante el gobierno de transición han sido de aplicación normativa de los sustentos de la reforma, con gran participación de instituciones médicas (CMP) y “sindicalistas médicos”, sin el adecuado debate-análisis de estos cambios acerca del financiamiento y producción de servicios por parte de todos los comprometidos, y que conllevan a la inclusión o exclusión de los usuarios en este paradigma de mercado “regulado” por un Estado a su vez “reformado”. Esta fue la RS normativa, atentatoria contra el acto médico.

El escenario actual es de aplicación de la RS en una forma “consensuada”, a través de hacer la “reforma de la reforma”, en un contexto en el que se acepta su existencia y en el que el debate es cómo continuarla de modo que “no afecte tanto” el acto médico (Tabla 1 y 2).

La proyección es que la aplicación de la actual RS profundizará su marcado rasgo de regresividad.

La política resultante es la Reforma de Salud que, presentándose como un conjunto de disposiciones a cumplir según mandato de las autoridades, ejerce una presión definida sobre la acción final que es el acto médico.

¿ES UN REAL REFORMA DEL SECTOR SALUD LA QUE SE ESTÁ APLICANDO EN EL PERÚ?

La Reforma de la Salud es la modificación de:

¿Qué se produce?

La atención de lo más frecuente, quien sufre lo infrecuente no tiene cobertura.

La prescripción de lo más frecuente, a través del petitorio de medicamentos. Se permite no programar los medicamentos costosos, aún cuando los pueda pagar el paciente.

¿Para quién se produce?

La forma de definir ello es por medio de la Focalización: se produce para los más pobres. Se seleccionan sectores de atención diferenciados por indicadores externos, buscando facilitar el acceso de las personas de menores ingresos a servicios de salud de calidad, como una alternativa a la imposibilidad –dentro de esta opción política- de una provisión universal de servicios subsidiados. Aquí se reconoce: no hay salud para todos. Hay salud para más peruanos, pero no para todos los peruanos.

Sin cuantificar, se menciona que existe una fuga de subsidios a la población no pobre. Se sostiene que ello limita el acceso de la población pobre a los servicios, y se define a ésta como la que tiene un ingreso familiar menor a un dólar diario, indicador establecido por el BM y el FMI.

La “metodología” del Banco Mundial reduce convenientemente la pobreza registrada sin la necesidad de recolectar datos al nivel de los

Tabla 1. Proceso de Reforma de Salud en el Perú.

Forma/Fase	Tácita	Implícita	Consensuada
Características de implantación	Dictadura o de aplicación vertical	Normalizada propuesta como urgentes	Consenso social para persistir en los cambios por entidades de aparente “representación médica”
Mecanismos de resistencia	Resistencia Huelga	Debate de las propuestas Información	Despertar la conciencia para derogar las normas y retorno de los principios

Tabla 2. Evolución y proyección de la Reforma de Salud.Salud.

Evolución de Reforma	Libre elección	Cobertura	Integral	Acción sobre el acto médico
Pregresiva	Universal	Ampliada	Total	Lo respeta
Regresiva	No existe	No existe	Reducción	Lo reemplaza

países. Esta evaluación subjetiva y tendenciosa se realiza sin considerar las condiciones reales del nivel de vida de cada país. El indicador de un dólar por día es absurdo: la evidencia confirma que hay grupos de población con ingresos diarios de 2, 3 o incluso 5 dólares que siguen afectados por la pobreza (es decir, incapaces de enfrentar los gastos básicos de alimentos, vestimenta, vivienda, salud y educación).

Se entrega un paquete garantizado de servicios de salud que busca asegurar un grupo de prestaciones de salud que cubran un conjunto priorizado y definido de riesgos de enfermedad para los sectores más desprotegidos y las afecciones más frecuentes, cuya cobertura de prestaciones se vaya ampliando conforme a los recursos disponibles. Estos paquetes son negados a quienes padecen enfermedades congénitas u otras limitaciones. Una selección neomalthuiana.

¿Cómo se produce?

Modificando el acto médico. El acto médico es la efectivización de la relación médico-paciente. No hay acto médico, sin médico y/o sin paciente.

El médico actúa en base a su ética médica o deontológica, en base a sus principios de beneficencia ("hacer el bien"), el de no maleficencia ("primero no hacer daño"), el de justicia.

El acto médico incluye la obtención de datos en la historia clínica, examen clínico, la indicación e interpretación de exámenes de apoyo, la presunción diagnóstica y la indicación terapéutica, sea esta de esencia curativa, preventiva o rehabilitadora. Es una acción por medios en el que usa sus conocimientos, experiencias previas,

principios éticos y morales. El paciente requiere de la atención del médico, y tiene derecho a su autonomía y a la libre elección, considerados como derechos humanos básicos para una persona.

Los "cumplidores de la RS", buscaron cambiar el concepto básico del acto médico y lo definieron así: El acto médico es un conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, las cuales tienen como objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un "profesional de la salud". Este acto médico si bien típicamente lo realiza el médico, también puede ser realizado por otro tipo de profesional de salud llámese odontólogo, obstetrix, enfermera, técnico, etc.

Señalaron que el acto médico no es una acción aislada y se ha convertido en la "compleja operación proveedor –usuario– financiador".

Resumiendo, al médico lo convirtieron en vendedor, al paciente en cliente y a la relación médico –paciente en un contrato por resultados, en el marco de una ética utilitarista, en el que los problemas médico legales son de responsabilidad del médico. La despersonalización y la deshumanización de una noble acción fue sustentada por el culto a la medida, en el que los indicadores y los números son los actores principales. Se impone la automatización considerando a un ser desestructurado –el ser humano enfermo o sano– en términos de normalidad estadística, atendido por el doctor máquina, en el establecimiento fábrica, con turnos, con estandarización definida en protocolos, procedimientos que cualquiera con un mínimo de inteligencia podría seguir, todos basados en el costo efectividad (Figura 1).

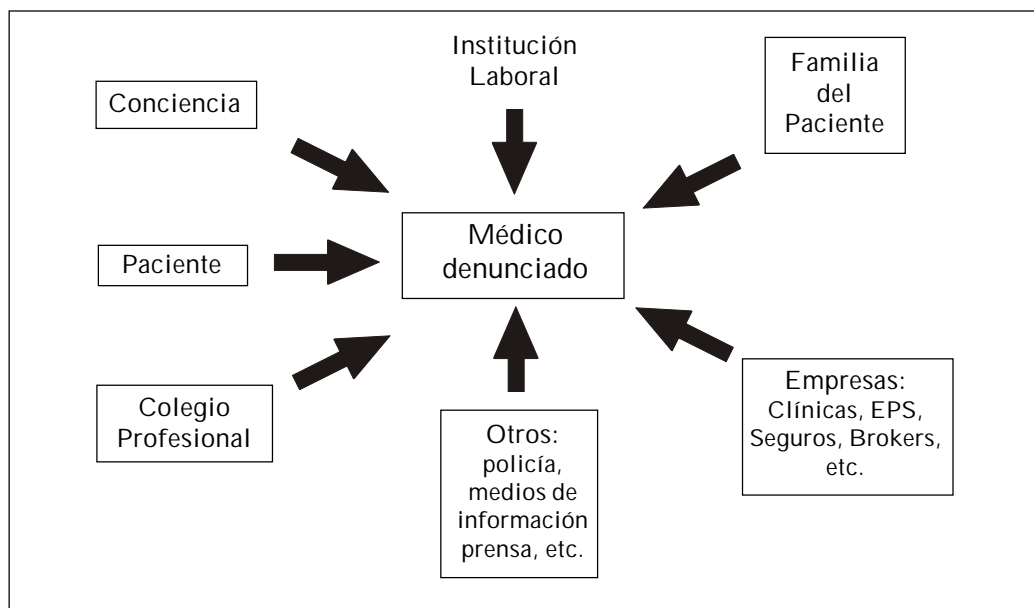


Figura 1. Los problemas médico legales en el acto médico de la Reforma.

La salud se transforma en una mercancía, el que tiene para pagar es atendido, el que no tiene dinero debe demostrarlo en un prolongado proceso de investigación, que genera un proceso de selección natural "al que sobrevive se le exonera", en el que las tarifas deben ser "sinceras" o competitivas para sostener los servicios de salud.

Para compensar estos costos, se autoriza la venta de medicamentos de dudosa calidad, por laboratorios que no garantizan estos productos, se introduce en la normatividad que el médico es responsable de la calidad de los medicamentos. La corrupción es tolerada mientras se cumplan las metas. Y si el médico no se somete al sistema, se permite el intrusismo de obstetrices en la prescripción de medicamentos y por último se permite la venta libre de fármacos.

Para contrarrestar esto, es importante que los médicos reconozcamos la naturaleza, proceso y resultados de la Reforma de Salud, que ha lle-

vado a tener una ley general de salud que no aborda el trabajo médico, un reglamento de la ley de trabajo médico atentatorio contra nuestra profesión, una normatividad de transferencias que responsabiliza al médico, una normatividad de DIGEMID que responsabiliza de la calidad del medicamento al médico y cerca de 10,000 médicos en condiciones de trabajo sin beneficios. El presente ensayo es mi contribución al análisis y debate (Figura 2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuba H. Salud dentro de la reforma. Cuper Perú Ed; 1994.
2. Drewnowsky J. El Nivel del Índice Vida. Instituto de las Naciones Unidas para la Investigación Social y el Desarrollo (INVISA). Ginebra, 1965.
3. Banco Mundial. Informe del Desarrollo Mundial. Washington DF; 1990.
4. Hernández M. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos para su Realización. Revista de salud Pública.
5. Sen A. Las Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI. Cuadernos de Economía 1989; 29: 73-100.

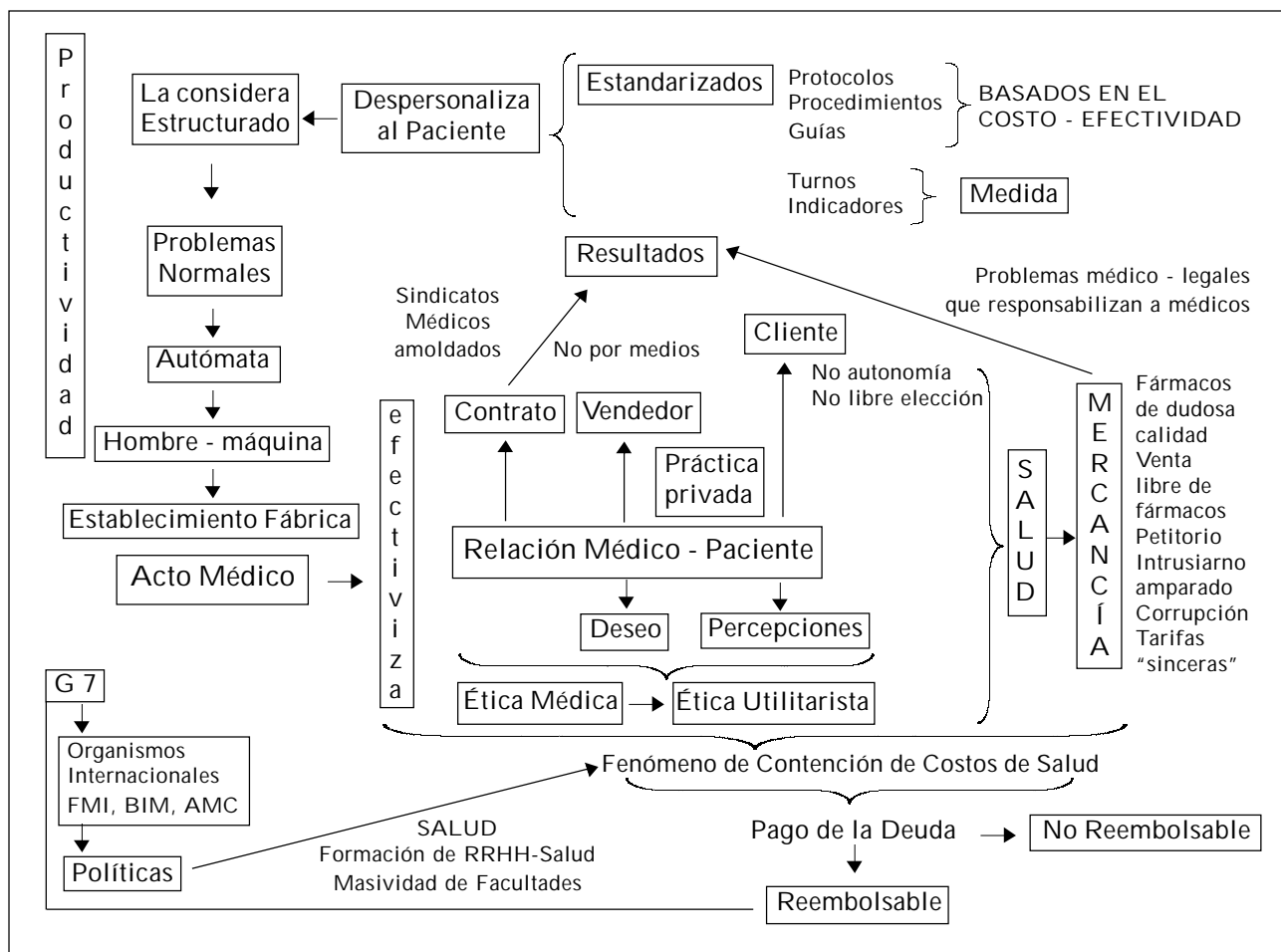


Figura 2. La Reforma de Salud en el Perú y el Acto Médico.

6. Sen A. Capital humano y capacidad humana. Cuadernos de Economía 1998; 29: 67-72.
7. Banco Mundial. Informe del Desarrollo Mundial. Washington DF; 1997.
8. Trudel C. México sufre el choque de la internacionalización. Montreal; 1998.
9. Oficina del Censo de los EE.UU. Informes de la población actual: Pobreza de los estados Unidos. Washington; 1997.
10. Chossudovsky M. El Ajuste Económico. El Perú bajo el dominio del FMI. Mosca Azul Editores, Lima; 1992.