

LA NECESIDAD DE UN CAMBIO DE POLITICA EN ATENCION MEDICA

Por: David Bersh E.*

INTRODUCCION

La nación colombiana no ha sido capaz, ni en el pasado ni en el presente, de atender satisfactoriamente sus necesidades de atención médica. La historia de lo que ha sido la atención médica en el país constituye la prueba más seria de esta afirmación

Los gobiernos han encarado esta necesidad social, unos con mayor interés que otros, pero todos han tenido que hacerlo en alguna medida. Difícilmente puede un gobierno eludir totalmente esta responsabilidad. Por su parte nuestros técnicos de la salud han hecho un formidable trabajo, contribuyendo en la medida de sus posibilidades, con una devoción y esfuerzo que es difícilmente equiparable en el continente. Hemos aplicado las ideas que nos han sugerido los organismos internacionales, como también hemos adoptado soluciones que mostraron alguna utilidad en otros países. No obstante estos esfuerzos los colombianos no solo no reciben aún el mínimo de atención médica que necesitan sino que todo indica que el problema se agrava paulatinamente.

Es un desacierto funesto limitar el problema a las frecuentes crisis de financiamiento que padecen los hospitales del país. Ellas son ciertamente un fenómeno visible ante la opinión y ante el gobierno, porque se manifiestan con cosas tangibles como son: el cierre de camas hospitalarias, los paros laborales y las exigencias a través de los medios de comunicación; mas en el fondo tales crisis solo reflejan un aspecto del asunto, que precisamente no es el más grave. Por otra parte la solución que se dá al problema financiero de los hospitales, cuando llega a un punto crítico, tiene el desafortunado efecto de dejar la falsa creencia de que con ella se ha logrado una solución de fondo. Esto puede explicarse porque los grandes números tienen la virtud de impresionar fácilmente, y como la solución a las crisis periódicas de los hospitales exige siempre grandes números es fácil, si se carece de ade-

cuada información, dejarse impresionar por las cifras. Además, como la consecución de los dineros para sacar los hospitales de sus penurias económicas significa siempre una erogación imprevisible al fisco, el gobierno de turno tiene que hacer un esfuerzo considerable que lo deja con la desafortunada impresión de haber hecho por los hospitales y la atención médica mucho más de la cuenta.

Dudo que un gobernante sensato, cualquiera su ideología política, se niegue a prodigar recursos para la atención médica cuando dispone de recursos en abundancia. Pero esta duda es impropcedente porque en nuestro caso la abundancia de recursos no existe. En Colombia lo que producimos comparado con lo que consumimos es claramente insuficiente; por lo tanto la distribución de recursos entre las diferentes necesidades de la sociedad es altamente competitiva e inelástica. En estas condiciones cuando un gobernante decide cuánto invierte en salud lo hace en el estrecho marco que le dejan las múltiples presiones políticas que le demandan satisfacer las numerosas necesidades sociales del momento; por otra parte, el gobernante decide guiado por su visión del desarrollo y la idea que tiene de cómo alcanzarlo, y, seguramente, influido por sus valores personales en relación con la sociedad y los individuos. Dentro de este contexto de condiciones su posibilidad de decidir es, sin duda alguna, muy limitada.

En nuestro país si queremos enfrentar los problemas de salud con sentido de realidad debemos tener en cuenta ese conjunto de factores que restringen las decisiones políticas en los grandes asuntos del estado. Seguramente las posibilidades de decisión del gobernante cambiarían un orden social diferente; pero, a no ser que un nuevo orden social se establezca, si es que se establece, el sentido de realidad exige buscar soluciones para la gente del presente, en las circunstancias y mecanismos políticos que están vigentes en el momento actual.

* Profesor Escuela Nacional de Salud Pública.

Las inversiones del estado en el campo de la atención médica tendrían que triplicarse en forma permanente para poder lograr una aceptable satisfacción de dichas necesidades, ésto tomando como base los parámetros de satisfacción que al respecto hemos utilizado en los últimos años. El análisis del presupuesto nacional, que es la manifestación más concreta de las políticas de gobierno, muestra en las últimas dos décadas algunas variaciones en beneficio del sector salud; pero hay que advertir que este aumento en buena parte se debe a los presupuestos de los Establecimientos Públicos adscritos o vinculados al Ministerio de Salud. Conforme con este examen de los presupuestos del pasado reciente el pronóstico más plausible que puede hacerse es: que es altamente improbable que las inversiones en atención médica alcancen el nivel requerido para poder satisfacer las necesidades de la población en este campo. Alimentar expectativas optimistas o idealistas en este terreno es insensato, porque con ello se dificulta la búsqueda de otros medios o formas de afrontar el problema. Conviene entonces plantear, como base fundamental para la formulación de políticas, un pronóstico de lo que puede esperarse en materia de financiamiento de la atención médica por parte del estado. Tal pronóstico es el siguiente:

“Bajo un orden social y político como el presente, al paso de desarrollo que marcha el país, y salvo que ocurran eventos sociales, económicos o políticos inesperados las inversiones en atención médica posiblemente serán de la siguiente naturaleza:

- 1.) Un crecimiento anual del presupuesto que no corresponde ni al crecimiento de la población, ni a los mayores costos de los servicios, ni a una demanda de servicios que es más grande cada año.
- 2.) Provisión de recursos extraordinarios para saldar el déficit de funcionamiento de los hospitales cuando tal déficit genere suficiente presión política.
- 3.) Inversiones adicionales de alguna cuantía cuando el gobierno de turno tenga especial sensibilidad por la salud y gestione con buen éxito la financiación correspondiente; pero, estas inversiones adicionales no tendrán la magnitud requerida para lograr el grado de satisfacción antes señalado”.

A menos que se plantee un pronóstico diferente y que se den argumentos plausibles en su favor el proceder más realista y recomendable es, a mi modo de ver, tomar como base el pronóstico antes mencionado.

En base al pronóstico de lo que serán las políticas generales de inversión en el sector salud es posible anticipar algunas de las consecuencias que se derivarán de los hechos pronos-

ticados. En primer lugar: como el presupuesto de funcionamiento de los hospitales seguirá siendo inferior a las necesidades de los mismos periódicamente estallarán crisis hospitalarias que absorberán la atención del gobierno y del público. Este hecho, por su gran magnitud, ocultará un fenómeno de mayor trascendencia que es la creciente insuficiencia de atención médica; porque aunque se logrará un financiamiento satisfactorio de las camas hospitalarias existentes hoy tales camas no serían suficientes para atender las necesidades de salud de los colombianos. En segundo lugar: es de esperar que aquellas políticas de salud ideadas para racionalizar y optimizar el rendimiento de los recursos mantengan su vigencia; me refiero a los programas de prevención que buscan reducir la morbilidad, al uso de personal auxiliar y paramédico, a la regionalización de la atención médica, a la planificación, y al mejoramiento de la administración de los servicios de salud. Mas no podemos engañarnos en cuanto al resultado final que pueda obtenerse de estas políticas, así ellas se apliquen con razonable buen éxito, porque en su conjunto no lograrán copar la demanda de atención médica, la cual aumenta año tras año siguiendo el ritmo rápido del crecimiento demográfico, de los cambios en los asentamientos humanos, de la urbanización acelerada, de la revolución en las comunicaciones, de la elevación del nivel de escolaridad, de las aceleradas y preocupantes modificaciones del ambiente físico, biológico y social, y del incremento innegable de las aspiraciones humanas por un mejor nivel de vida.

Tampoco podemos engañarnos creyendo que ya se han propuesto todas las soluciones; sino que ahora más que nunca debemos estar abiertos a las nuevas ideas e inquietos en busca de innovaciones, sin temor a lo heterodoxo y mucho menos sin prejuicios por lo autóctono.

Este trabajo tiene como objeto presentar una idea de esa índole, la cual se ha venido madurando paulatinamente a la luz de experiencias, estudio e investigación. Con anterioridad ha sido parcialmente presentada en dos trabajos diferentes y como parte de estudios de mayor extensión.

La idea se apoya en el último de los puntos del pronóstico antes formulado según el cual los gobiernos efectuarán inversiones adicionales en salud, inversiones que a pesar de su cuantía no tendrán la magnitud necesaria para proveer adecuadamente la atención médica requerida en el país. En estas inversiones radica nuestra esperanza más realista de encontrar algún remedio al problema.

La característica principal de estas inversiones será su limitada magnitud; por lo tanto el principio que debe guiar su utilización tiene que ser el de lograr una óptima utilización de tales recursos. Esto, dicho en otras palabras, equivale a manifestar que disponiendo de recursos inferiores a las ne-

cesidades lo razonable es utilizarlos donde satisfagan mejor a aquellas.

Establecer dónde, cómo y qué puede satisfacer más y mejor las necesidades de atención médica de los colombianos es sin lugar a dudas el gran problema que hay que resolver. Este corto enunciado contiene ya una importante definición, porque señala sin ambigüedad que lo que cuenta son las necesidades de los colombianos. Es decir, lo importante es lo que la gente percibe, siente, quiere y demanda en materia de servicios médicos.

Veinte años o más de denodados esfuerzos en el campo de la prevención de la salud pública en Colombia han creado rutinas de pensamiento en relación con los servicios de salud. La naturaleza de los programas preventivos han llevado a que éstos se definan y se apliquen sin tener muy en cuenta el sentir de la gente. Ahora, cuando el asunto que nos ocupa es la utilización de recursos para proveer servicios curativos, que es donde radica el mayor problema de salud del país, no podemos encararlo con los esquemas de pensamiento utilizados para administrar los programas preventivos. Demostrar que actuar conforme a lo que la gente percibe, siente, quiere y demanda ofrece una vía para una inversión óptima de recursos de atención médica es el propósito de este trabajo.

El argumento en síntesis:

No todas las enfermedades, dolencias y accidentes tienen la misma frecuencia; tampoco causan igual daño, padecimiento y dolor. Aquellas que motivan un mayor sufrimiento en las personas son las que hacen sentir en el paciente una mayor necesidad y urgencia de atención. No siendo posible ahora, ni a corto o mediano plazo suministrar atención médica a todas las enfermedades y dolencias de todos los colombianos, los recursos adicionales que mencionara en el pronóstico de inversiones para la atención médica debieran concentrarse en atender aquellos problemas que pongan en riesgo la vida de las personas o les causen gran padecimiento y dolor. Actuar así significaría utilizar los recursos con un criterio más humano porque con él se mira primero que todo al enfermo en sí; significa además responder con mayor oferta de servicios a aquella esfera de las necesidades donde la demanda es más intensa, lo cual tiene gran importancia desde el punto de vista administrativo y político, con la peculiaridad adicional de ser una de las pocas áreas de atención médica donde es posible llegar a satisfacer totalmente la demanda de servicios médicos. Finalmente hay que anotar que en este campo particular las acciones médicas muestran en general gran efectividad, particularidad que no es igual en el caso de otro tipo de dolencias.

Solo queda por añadir que al disponer de más recursos los servicios médicos se extenderían en base del mismo criterio,

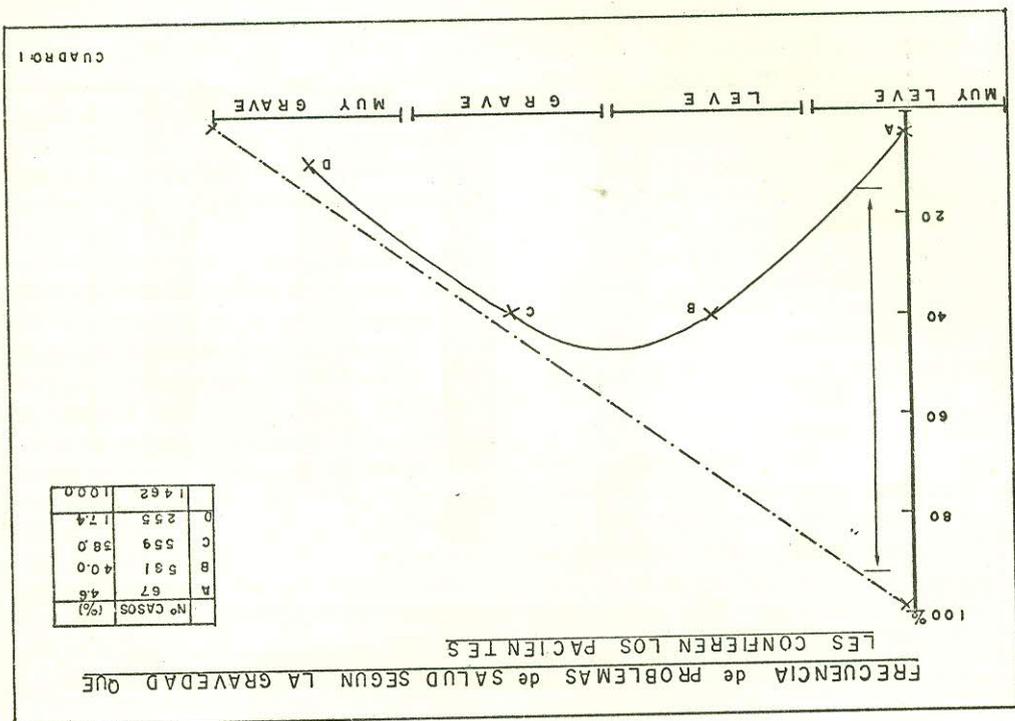
cubriendo enfermedades de menor gravedad hasta llegar a la atención de padecimientos leves.

La política que se propone como base para nuevas inversiones en atención médica contrasta con la iniciativa de proveer nuevos servicios destinados a atender cualquier tipo de demanda que se presente a ellos. Este ha sido en general el criterio tradicional de atención. Obviamente cuando a la comunidad se le ofrece un nuevo consultorio o un nuevo hospital sin otro criterio que el de atender sus demandas hay que esperar que a los nuevos servicios concurren toda clase de enfermos. En los últimos cuarenta años, cuando el estado se ha ido responsabilizando cada vez más de este servicio la historia muestra que ha sido imposible atender todos los problemas de salud de todos los colombianos. Insistir en la idea no es justificable si se juzgan las posibilidades de éxito con sensatez. Tampoco es razonable insistir en el punto de vista de pretender suministrar atención médica a todos los colombianos tomando como criterio directriz el dar énfasis a ciertos grupos según desigualdad de oportunidades entre los habitantes de las ciudades, los marginados y los campesinos; porque este criterio, justo como el que más, es utópico, a no ser que la atención médica se reduzca para los marginados y los campesinos al suministro de solo algunos cuidados primarios. Más razonable y equitativo sería que tanto a ellos como a los habitantes de la ciudad se les asegurara atención para sus enfermedades y dolencias más graves y urgentes, ya que no parece posible ofrecer una atención médica completa. Con una política de esta naturaleza el campo de acción del Seguro Social y de la medicina privada se clarificarían sin lugar a dudas. Posteriormente esperamos presentar este punto de vista por medio de un trabajo que está en preparación en la actualidad.

Algunos hechos que apoyan la idea.

Nada deseamos más que disponer de los medios que nos permitan profundizar en el estudio de estos temas por la vía de la investigación y el trabajo académico; pero mientras que tal cosa ocurre tenemos que presentar los hechos y observación disponibles en el momento para sustentar la tesis presentada.

En desarrollo del argumento aduje que no todas las enfermedades tenían la misma gravedad ni se presentaban con igual frecuencia. La primera hipótesis, en relación con este punto, es que son más frecuentes las dolencias leves que las enfermedades graves. Con un ejemplo se diría que son menos los infartos que las gripas. Si la hipótesis es cierta entonces adquiere sentido la afirmación de que es posible atender la demanda de los padecimientos graves, cuando no parece probable atender todos los padecimientos existentes. Al buscar en las investigaciones existentes información que permitiera verificar la hipótesis no fué posible encontrar



una persona recurre al médico por lo que siente no por lo que el médico posteriormente le diagnostique. Los resultados obtenidos fueron sometidos a dos pruebas de consistencia tratando de verificar la validez de la respuesta, una por medio de otras preguntas de diferente forma pero con similar contenido, y otra a través del comportamiento seguido según la gravedad manifestada como veremos posteriormente. Las dos pruebas fueron satisfactorias.

En el cuadro No. 1 se aprecian dos líneas: una punteada que indica que la mayor proporción de morbilidad es la muy leve y en el otro extremo la menor proporción es la muy grave. Tal era nuestra hipótesis. La otra línea que sigue un trazo continuo describe una curva pasando por los puntos A, B, C y D que representa los hallazgos de la investigación. La primera impresión frente a esta curva fué de desconcierto pues parecía absurdo que los padecimientos y dolencias catalogados como muy leves fueran de tan baja frecuencia, lo cual estaba en desacuerdo con una parte de nuestra hipótesis; sin embargo algunas reflexiones posteriores nos han hecho pensar que realmente es lógico que la proporción de dolencias y enfermedades muy leves percibidas por la gente sea inferior a lo que el técnico en asuntos de salud percibe y baratura. Esta diferencia nos ha dado un motivo adicional para conferir validez a los resultados de la investigación y nos sugiere que estudios más detallados pudieran trazar mejor el perfil de la curva de frecuencia de las enfermedades según su gravedad. Por otra parte señala co-

una clasificación de la morbilidad ordenada por su frecuencia y por su gravedad. Lo usual es encontrar el tipo de enfermedades y su frecuencia. Así, sabemos que las helmintiasis son más frecuentes que el bocio y las bronquitis más frecuentes que las úlceras gástricas; pero no sabemos cuántas úlceras son más graves que las bronquitis y viceversa. Utilizar la morbilidad como indicador de la gravedad encierra grandes sesgos y deja considerables vacíos de información. Baste decir que la morbilidad no mide ni el padecimiento ni el dolor que causan muchas dolencias. Por ejemplo si con base al criterio de mortalidad se planeara la atención médica de urgencia, las decenas de miles de fracturados y heridos que no se mueren quedarían excluidos de atención. Sin embargo la búsqueda no fue totalmente infructuosa, pues procesando de nuevo ciertos datos obtenidos durante una investigación efectuada con motivo del reciente paro médico en el ICSS encontré lo siguiente: En la muestra trabajada, 1462 personas manifestaron haber percibido alguna dolencia en las dos semanas anteriores a la encuesta. A estas personas se les pidió que manifestaran cómo valoraron su enfermedad en base a las categorías de: muy leve, leve, grave o muy grave; los resultados se muestran en el cuadro No. 1. Esta estimación de la gravedad no es una valoración médica sino la ponderación del propio enfermo, lo cual a mi modo de ver resulta de mayor interés, pues en términos de demanda inicial de servicios, que es nuestro punto de interés siguiente, la gente se comporta de acuerdo a su percepción de enfermedad y no al diagnóstico médico. Es decir:

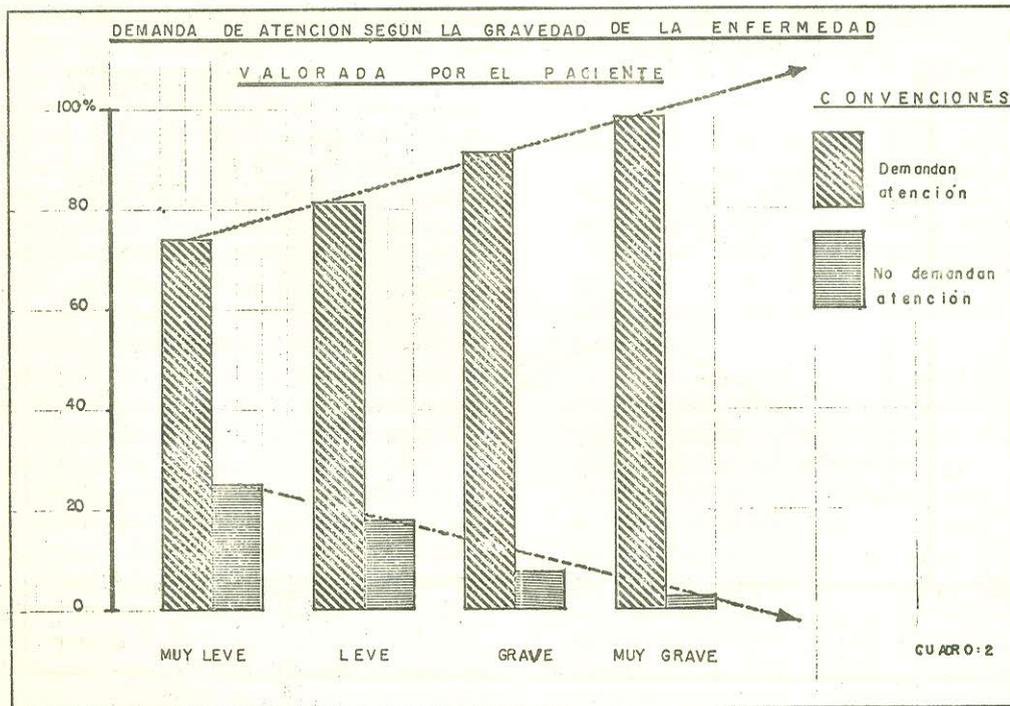
mo puede ser de grave la equivocación de formular extensos programas de cuidados médicos primarios para dolencias "muy leves" que realmente la gente no percibe.

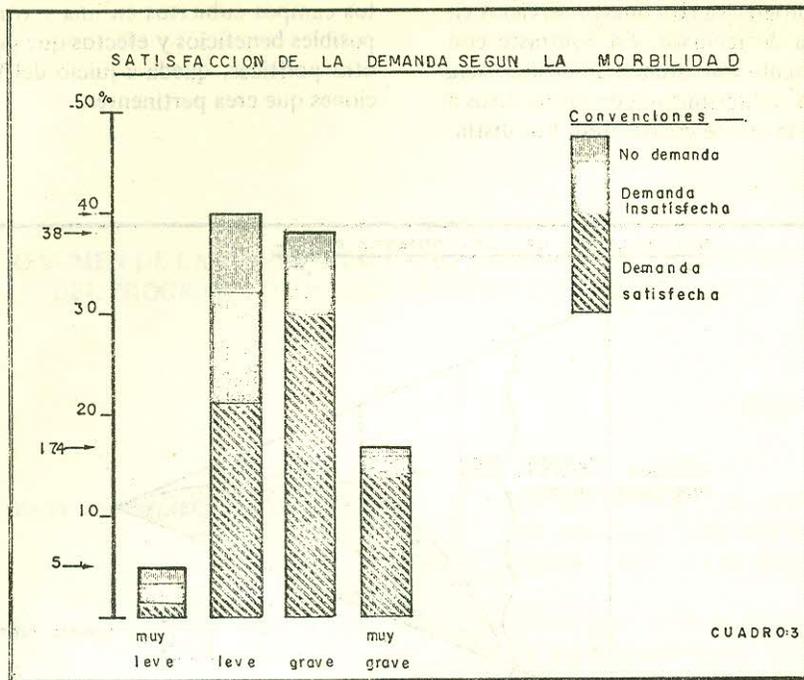
Creemos que nuestra hipótesis es consistente con los hechos en lo referente a problemas de salud de mediana gravedad, gravedad reconocida y alta gravedad, pues a medida que la gravedad aumenta disminuye la frecuencia que es el hecho que tiene importancia para la tesis que aquí se presenta.

Que las dolencias muy graves sean menos frecuentes que las dolencias leves tiene importancia en la formulación de políticas de atención médica si paralelamente a ese hecho la demanda de atención médica es superior para aquellas de mayor gravedad y menor para las enfermedades leves. Utilizando de nuevo información de la investigación mencionada anteriormente se comparó la variación de la demanda de atención según la gravedad del padecimiento. El cuadro No. 2 muestra cómo crece la tendencia a demandar atención médica a medida que la gravedad aumenta y cómo ocurre lo contrario cuando el padecimiento es cada vez más leve.

Este fenómeno es lógico y tal parece que no necesitara demostración, pero como él cae en la esfera de las cosas más obvias, que son tan difíciles de ver, me parece conveniente no solo afirmarlo sino demostrarlo además con hechos. Por otra parte tal fenómeno adquiere su más importante significado al observar cómo se satisface la demanda de atención médica según la gravedad de la morbilidad.

Utilizando información de diversas fuentes tales como: datos de investigaciones, análisis estadísticos, archivos de consulta externa, información de los jefes de urgencias, consulta externa y cirugía hemos llegado a cifras estimadas, las cuales sin embargo, juzgamos muy aproximadas a la realidad. Según ellas entre un 90o/o y un 95o/o de los casos muy graves que demandan servicios de atención médica son atendidos. Algunos afirman que se llega a porcentajes aún más elevados. Nuestra experiencia personal en la Dirección del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, así como en su Junta Directiva, garantiza, por evidencia directa, que tal hospital ha tenido que ir cambiando la utilización de sus recursos a fin de poder atender los problemas de salud muy graves hasta el punto de emplear hoy la mayoría de ellos en tal fin. Un vivo ejemplo de ello es que la producción de servicios del Departamento Quirúrgico se emplea en un 70o/o en la atención de los casos graves y urgentes que se presentan en la zona metropolitana de Medellín. Como resultado de este esfuerzo sólo un pequeño número de casos urgentes, que equivaldrían a la categoría de muy graves, quedan sin atención. Obsérvese en el cuadro No. 3 la zona de color negro en la cuarta barra, que es la barra que representa los casos muy graves, y compárese con las zonas de igual color en las otras barras. Estas zonas de color negro muestran la demanda que no obtiene atención luego de solicitar servicios. Las diferencias de proporción que pueden apreciarse indican dónde parece más factible llegar a satisfacer la demanda si se concentraran los recursos en lugar de prodigarlos indiscriminadamente.





El cuadro No. 4 se muestra el mismo fenómeno destacando un poco más los hechos sobre los cuales queremos llamar la atención. El triángulo abierto por la base representa los problemas de salud que pueden llegar a ser objeto de atención médica. La zona oscura con rayas muestra la pequeña área que hoy se cubre con los servicios de atención médica existentes. La zona oscura punteada señala la demanda que queda insatisfecha. La zona clara a la derecha de la línea sinuosa que corta el triángulo representa la gran variedad de problemas de salud percibidos pero que no terminan en demanda de servicios por diferentes razones. La zona clara a la izquierda de la línea sinuosa muestra los problemas reales no percibidos y los problemas potenciales que ciertamente son un universo que se dilatará ilimitadamente con los cambios sociales, biológicos, hereditarios, culturales etc.

El empleo de recursos para brindar atención médica, particularmente en el área curativa, constituye un desatino político, económico, administrativo y de salud si estos recursos se llegan a aplicar sobre los problemas de salud representados en la zona clara a la izquierda de la línea sinuosa. Por otra parte su utilidad es discutible según el campo de gravedad en que se usen, si es que se aplican en la zona clara a la derecha de la línea sinuosa. Si se emplean para satisfacer la demanda representada en la zona oscura punteada su utilidad sería más lógica, pues ella estaría respaldada por la satisfacción de una necesidad sentida en la población; pero su uso sería más razonable si se aplican primero a la pequeña zona oscura punteada que representa los problemas muy

graves, para luego desplazarse hacia las dolencias graves, y sucesivamente hacia las leves y luego las muy leves. No sobra advertir que estas divisiones entre muy grave, grave, leve y muy leve son artificiales que difícilmente podría alguien trazar un límite entre unas y otras.

Con especial énfasis quiero destacar un hecho. Atender la demanda insatisfecha representada en la pequeña zona punteada en el campo de las dolencias consideradas muy graves tiene un costo tal que supera ampliamente los recursos presupuestales ordinarios dedicados a la atención médica en el país. Pensar en proveer atención a la otra parte de la zona punteada, que equivale al resto de la demanda insatisfecha, es una utopía si se mira a la luz del pronóstico hecho en un aparte anterior acerca de lo que serán posiblemente las inversiones futuras en atención médica. No sobra comentar que las penurias de financiamiento de los hospitales tienen que ver sólo con la atención que se brinda actualmente, que es la representada por la zona oscura rayada. Por eso cuando se refinancian hospitales es poco lo que se hace más allá de la zona rayada.

En el cuadro No. 5 se ha tratado de mostrar lo que parece ser un curso de acción lógico en la aplicación de nuevos recursos para la atención médica. El gráfico muestra lo siguiente: El óvalo aguzado en sus extremos representa la demanda de atención médica que espera ser satisfecha, dividida según el grado de gravedad de los problemas. Una serie de círculos concéntricos se extienden de derecha a izquier-

da indicando la cobertura progresiva con nuevos servicios en la medida que se disponga de recursos. En contraste con este curso de acción un círculo que avanza de arriba hacia abajo indica una aplicación indiscriminada de los recursos a todas las formas de demanda que se encuentren. Los distin-

tos campos cubiertos en una y otra alternativa sugieren los posibles beneficios y efectos que podrían lograrse con una u otra políticas; queda a juicio del lector hacer las comparaciones que crea pertinentes.

