

## **LAS CONDICIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

*Horacio Luis Barragán*

### **1.- Hay condiciones para los logros de la AM sobre la comunidad**

#### **1.1.- Accesibilidad**

La accesibilidad tiene diversas dimensiones. La primera es la **geográfica** y su logro requiere **regionalización** con una red de complejidad en la que se cumpla la subsidiaridad. Así, desde el punto de vista de la organización de los servicios, la accesibilidad geográfica está ligada a una regionalización. Ella es **espontánea** en función de la concentración demográfica y de recursos humanos, impulsada por la posibilidad de aprendizaje profesional y retribución (Sonis, 1978:322), tanto en el subsector privado como estatal. Aunque este último tiene obligación de cubrir áreas desprotegidas, en ambos subsectores la distribución de recursos es rígida respecto a la mayor movilidad de la población.

Así las poblaciones rurales o de centros de baja densidad tienen menor acceso que los grupos metropolitanos. Alvarado y Tanoni (1966) señalan que la tasa de consulta ambulatoria en la provincia de Jujuy, influida por alta proporción rural, era de 0,8 consultas/habitante/año cuando en la ciudad de Córdoba era de 5,2 consultas/habitante/año (SESP-AFM-OPS, serie 5 n° 4:385 y SESP-AFM-OPS, n° 5:141). La regionalización del servicio estatal y la medicatura rural han tendido en América Latina, a superar esta dificultad.

En Argentina la regionalización, en vez de una racionalización de recursos en el espacio, ha tenido un sesgo administrativo ya que se ha aplicado como un flujo de trámites hacia y desde los niveles centrales. Han superado tal sesgo algunas provincias como Jujuy y Neuquén.

La regionalización del subsector privado está limitada por la competencia entre efectores atomizados y bajo efecto de normas que distorsionan la complejidad instalada. No obstante la coordinación con este subsector favorecería la racionalidad apuntada.

Desde el punto de vista de las personas y los grupos, la accesibilidad geográfica; o espacio - temporal, se mide por el “tiempo recorrido en el medio de transporte más usual” o por la “distancia media entre la población y el recurso” (Sonis, 1978:286). El primer indicador es mejor ya que entre ambos puede interponerse una barrera natural (vg. río, montaña) o artificial (vg. vía férrea). El tiempo ideal medio varía según urgencia y complejidad, pero puede admitirse que oscila entre 15 y 60 minutos. Se considera el medio de transporte de menor costo que dispone la comunidad en forma regular. Los recursos de mayor complejidad deben distribuirse de tal manera que aún con mayor tiempo de accesibilidad, cubran núcleos demográficos que justifiquen su pleno funcionamiento y alto costo [Cuadro 1.1.a].

**Distancia teórica y recorrida de acceso a la AM. en Km por persona.  
Área Metropolitana de Bs. As. 1960-66.**

A-Distancia teórica (a)	1,64 Km/persona	
B-Distancia recorrida para consulta médica	7,19 Km/persona	+ 4,4 veces respecto A
C-Distancia recorrida para internación	10,55 Km/persona	+ 6,4 veces respecto A

(a): domicilio a hospital estatal o privado de más de 40 camas existentes según catastro, 1960. (SESP-AFM-OPS, serie, 5 n° 5:141)

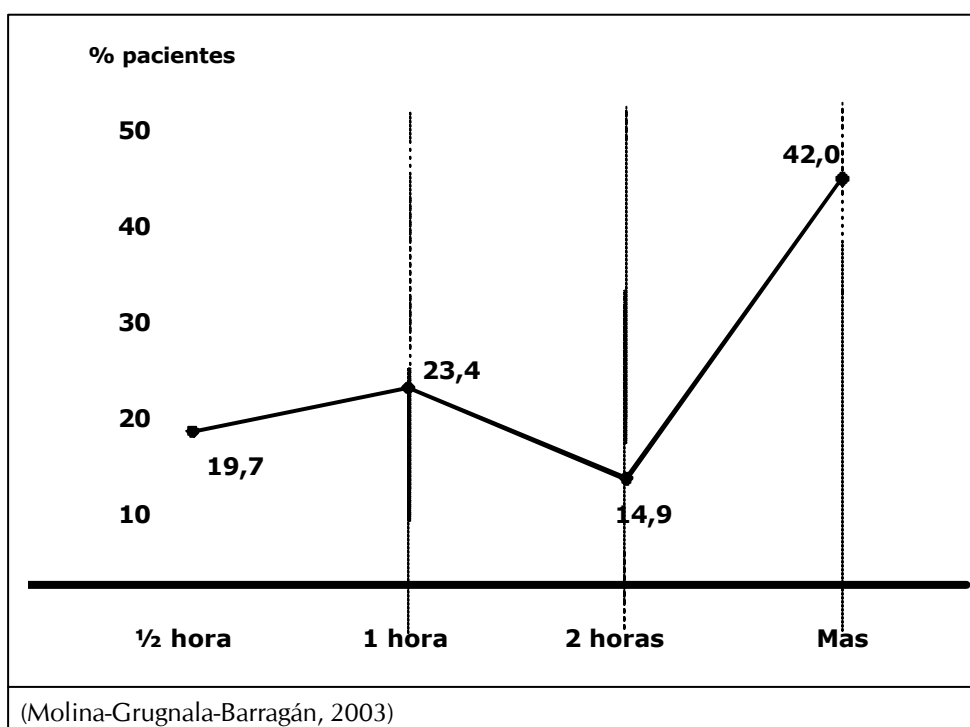
Cuadro 1.1.a

La distancia teórica representa la posibilidad de atención en términos geográficos. Sin embargo los encuestados recorrían un promedio mayor a los 7 Km para consultar y a los 10 Km para internarse, es decir 4,4 y 6,4 veces la distancia teórica. Esta diferencia depende de las posibilidades económica y legal, así como de las preferencias. Para mejorar esta situación es clave el funcionamiento en red, incluso coordinada entre subsectores. El funcionamiento en red involucra la definición de áreas geográficas de responsabilidad sanitaria al menos en el subsector estatal. Ambas orientaciones de la organización deben ser promocionadas en el seno de la comunidad que en general no sabe la localización y funcionamiento de los efectores.

Además de la accesibilidad geográfica, hay una accesibilidad física a los servicios, referente al espacio (vg. escaleras en geriatría o discapacitados) o al tiempo (vg. turnos y tiempo de espera).

Al tiempo de recorrido para la asistencia debe sumarse el tiempo de espera en el efector mismo, que suele alargarse tanto en el subsector estatal como en el privado [Cuadro 1.1.b].

**Provincia de Bs. As. SS Estatal. Encuesta sobre accesibilidad hospitalaria.  
Muestra prueba piloto (Hospital Zonal).  
¿Cuánto esperó para el turno?**



Cuadro 1.1.b

El problema que se exhibe en el gráfico puede solucionarse, por investigación operativa a través de la teoría de las líneas de espera (teoría de las colas) (Sonis, 1978:258).

Esta teoría se aplica a problemas que involucran el flujo de personas o cosas con el objeto de evitar el entorpecimiento de sistemas y minimizar el tiempo perdido.

El tiempo de espera para estudios o tratamientos complejos es un problema de los sistemas sanitarios de todo el mundo, que se ha tendido a reducir no siempre con buenos resultados.

Se presenta un cuadro de espera y resultados en internación para cirugía compleja de un hospital especializado que muestra dificultades a pesar de la fijación de un sistema objetivo de prioridades [Cuadro 1.1.c].

**Prov de Buenos Aires. SS Estatal. Cirugía de by pass coronario. Lista de espera. Estratificación de riesgo. Variantes intervencionistas y mortalidad (f) tiempo. 2000.**

<b>Cirugía en los:</b>	Alto riesgo	Riesgo moderado	Leve riesgo
Primeros 2 meses	30 %	15 %	10 %
Entre los 2 meses al año	50 %	40 %	40 %
<b>Paciente no operados al año</b>			
Sobrevida libre de eventos al año	40 %	70 %	90 %
Muerte en el año	60 %	30 %	10 %
Muerte luego del año	20 %	50 %	50 %

(Corsiglia, 2002).

Cuadro 1.1.c

En un panel en que se expuso este cuadro, el Subsecretario de Coordinación y Atención de la Salud bonaerense, Dr. Oscar Alberto Fariña, anunció que el problema había tenido un comienzo de solución con la adscripción de nuevos equipos de cirugía en el Hospital San Juan de Dios de La Plata, que alcanzaron a concretar cinco cirugías cardíacas por mes entre abril y septiembre de 2004, lo que ilustró con una nómina de los intervenidos (nota del 18/10/04).

Tanto en regiones desarrolladas como en subdesarrolladas hay diferencias de accesibilidad económica. Esta varía de acuerdo a la forma y magnitud del pago (vg. pago total directo, monto de los coseguros), a la capacidad económica de los usuarios, al grado de cobertura y al tipo de servicio. Por ejemplo, la población de ingresos medios accede habitualmente por pago directo al subsector privado en consultas y algunos servicios de diagnóstico, pero no en internación y alta complejidad donde el costo hace imprescindible la cobertura.

La demanda de AM aumenta en función del nivel de ingresos. Se ilustrará esta relación con datos de la encuesta publicada por el Ministerio de Salud argentino en 1982, que se resumen en el cuadro 1.1.d.

**Consultantes a medico en el año por 100 encuestados autorrespondientes según nivel de ingreso familiar per capita. Área metropolitana - años 1969 y 1980**

Nivel de ingreso familiar (NIF)	Area Metropolitana 1969	Cap.Fed. 1980	Conurbano 1980	Area Metropolitana 1980
I	64,3	66,8	61,7	66,6
II	66,8	71,8	70,7	71,0
III	70,9	77,2	73,3	75,3
Total (a)	66,6 (a)	71,4 (a)	67,1(a)	68,3 (a)

**(a):** en los totales están incluidos los S/I (sin información) respecto a NIF, los que representan el 6,4% en Cap.Fed. y el 5,3% en Conurbano.  
**(NIF):** el NIF para 1969 (en \$ m/n) y 1980 (en miles de \$) respectivamente es: I:0-17.000 y 1-300; II: 17.001, 27.000 y 301-1.200; III: 27.001 y más y 1.201 y más (pg. 16).  
(Ministerio de Salud y Medio Ambiente, 1982)

Cuadro 1.1.d

El cuadro presenta el aumento de la demanda en función del mayor ingreso. Se ha detallado, como en el cuadro original, la diferencia entre los encuestados de Capital Federal y del Conurbano provincial para 1980. El nivel I de Capital Federal consulta 66,8% anual, y el de Conurbano 61,7%. Esta diferencia se atribuye a la más amplia red y accesibilidad de efectores estatales en la primera jurisdicción.

Las diferencias son más notables en prestaciones que se presuponen menos imprescindibles. Tal es el caso de la odontología en la misma encuesta. Se aprecia en el cuadro 1.1.e.

**Consultantes a odontólogos en el mes de referencia, por cien encuestados según nivel de ingreso familiar per capita Area metropolitana - año 1980.**

Nivel de ingreso familiar (NIF)	Cap. Fed.	Conurbano	Area Metropolitana
I	16,7	7,6	9,2
II	12,6	9,7	10,6
III	14,8	12,8	13,9
Total	12,9	8,6	9,8

En los totales se incluyeron los S/I según NIF.  
(Ministerio de Salud y Medio Ambiente, 1982).

Cuadro 1.1.e

Llama la atención la alta utilización de odontología del I nivel de ingresos en Capital Federal. El 70% de las consultas odontológicas se realizan en subsector privado en Capital y el 60% en Conurbano. Probablemente el subsector estatal en la primera sea amplio y más accesible económicamente que el privado. A los efectos del ejemplo, se considera sólo el comportamiento en Conurbano, resultando que en el nivel I consultan 59,4 cada 100 que lo hacen en el III. Recuérdese que de los datos de la consulta médica surge que en el nivel I consultan 92 cada 100 del nivel III.

Hay países donde la diferencia de acceso se relaciona con la situación social de las etnias. Se verifica en el cuadro 1.1.f.

**EE.UU. Pacientes de Medicare según raza. Características diferenciales en Atención Médica Primaria 2000-2001 (N: 150391 visitas B.p., N: 4355 m. AMP)**

Médicos %	Pacientes raza negra %	Médicos certificados %*	P	Dificultad para acceder alta calidad	P
22	80	77		28	
78	20	86	0,02	19	0,005

\* Médicos certificados por Board; P: posibilidad de significación.  
(Bach, 2004)

Cuadro 1.1.f

Los sistemas de cobertura de todo el mundo tienden a favorecer la accesibilidad económica, aunque en los niveles socioeconómicos más altos ella se mantiene mayor en función de gastos indirectos y factores culturales asociados. Los sistemas de Seguridad Social generaron una accesibilidad **legal** (Sonis, 1978:289), ya que cubren población con un determinado atributo y excluyen al resto.

La **accesibilidad cultural** se analiza conjuntamente con el "proceso de AM". Este proceso depende, entre otros factores, de la percepción e interpretación de la enfermedad, del consejo del grupo primario, de la disposición del sistema médico y de la asunción del rol del enfermo. Esta serie de ideaciones y decisiones, condicionan la accesibilidad por la actitud del paciente y la de los profesionales (Leavell, 1958:130). Un ejemplo es la diferencia de lenguaje: el lenguaje médico es autónomo y específico y constituye una valla mayor a mayor diferencia de cultura, menor grado de instrucción y de confianza en el sistema médico de los grupos que acuden a él.

Las vallas habituales que imponen muchas OOS afectan la **accesibilidad administrativa**. Esto es la complejidad de los trámites e innumerables idas y vueltas para completar documentaciones, no siempre justificados.

Esto impide asistirse con estudios complementarios, especialidades o procedimientos de complejidad a muchas personas, aun más a aquellas mayores solas y sin recursos. Sobrecarga la tarea de los médicos que deben completar numerosos formularios. Si bien en muchos aspectos hay requerimientos desmedidos o innecesarios y parte de los profesionales no justifican clara y concisamente sus pedidos especializados, los procedimientos deben ser exigentes pero sencillos para evitar estas vallas.

## 1.2.- Integridad

La asistencia completa, o integralidad, encarna los niveles de prevención de Leavell y Clark, es decir, la sistemática actitud y acción preventiva frente a la historia natural de las enfermedades. Esta actitud trae consigo una **relación continua** entre prestador y beneficiarios, así como un encadenamiento de los niveles de **complejidad** en secuencia lógica. Esta secuencia ubica en primer lugar las acciones prepatogénicas. A partir de ellas la AM puede fragmentarse y requiere una gama de servicios de complejidad creciente interrelacionados en los que se cumpla la subsidiaridad, es decir que cada servicio haga lo suyo y que el de mayor complejidad no realice lo que corresponde al menor ni se dé la situación inversa. Así la asistencia completa entronca con los niveles de complejidad.

Los defectos de asistencia completa resultan ser de calidad, toda vez que expresan falta de conocimiento o de aplicación de acciones que reclama la historia natural de las enfermedades.

La asistencia completa puede identificarse con la **cobertura** total, comprendiendo el cuidado de dolencias menores hasta las enfermedades catastróficas. La AM integral asiste a los beneficiarios globalmente, considerados como "personas" y no un determinado órgano e involucra no sólo medicación sino abandono o adquisición de hábitos [Cuadro 1.2.a].

### **Estudio de prevalencia poblacional en Diabetes mellitus (DM) e Hipertensión arterial (HA). La Plata (casco urbano) 1988 (N: 890).**

#### **Formas prescriptivas de tratamiento y grado de cumplimiento\***

<b>Diabetes</b>	Dieta	HGO	Adelgazar	Insulina	Actividad física	Nada
A. Prescripción	91	48	58	3	18	-
B. Cumplimiento (declarado)	87	100	63	100	67	-
C. Actual.	77	88	32	100	67	15
<b>Hipertensión</b>	Dieta hiposódica	Drogas hipotensoras	Adelgazar	Dejar de fumar	Nada	NS / NC
A. Prescripción	89	87	48	22	-	-
B. Cumplimiento (declarado)	90	92	80	72	4	1
C. Actual	74	79	58	43	15	3
*A: % sobre 33 diabéticos y 107 hipertensos, respectivamente. *B y C: % de A en cada columna. HGO: Hipoglucemiantes orales. (Gagliardino y otros, 1995).						

Cuadro 1.2.a

Se aprecia que no en todos los casos el médico indica corrección o adopción de hábitos, que son parte de la terapéutica de estas dos enfermedades, así como que en los casos en que los indica estos son los menos cumplidos, a diferencia de las prescripciones medicamentosas. De lo primero surge la falta de integridad del tratamiento.

### 1.3.- Oportunidad

La oportunidad es la concreción de acciones en el tiempo y lugar que se necesitan, y requiere la distribución de los recursos en esas dos perspectivas (vg. guardias médicas para áreas definidas, unidades asistenciales en barrios). Tal distribución es parte de una red de complejidad capaz de disponer y aceptar derivaciones en función de las necesidades apuntadas. Se relaciona con el requisito de integridad y consecuentemente con el de calidad. Patentiza el tema de la coordinación de subsectores, toda vez que se da con frecuencia la existencia de efectores de un subsector (vg. privado) en lugar y tiempo oportuno, pero inaccesible a una parte de la población.

## 2.- Ojetivos y logros de la Atención Médica

La calidad mide la relación entre la Atención Médica real y la ideal. La ideal es un modelo normativo de acciones, dinámico, según el progreso de las disciplinas del sector. Lee y Jones dicen: “la AM de calidad es la clase de Medicina practicada y enseñada por los líderes reconocidos de la profesión médica, en un momento dado y en un determinado nivel de desarrollo social, cultural y profesional de una comunidad o grupo poblacional” (Sonis, 1978:306). Tal calidad se concreta en “una AM con bases científicas; preventiva, con cooperación entre el usuario y el prestador, que trate a todos los individuos; con una relación cercana y continua entre el médico y el paciente; y con servicios médicos coordinados e integrados; con coordinación entre la atención médica y los servicios sociales y con accesibilidad a toda la población”. Tanto en la perspectiva científica como en la antropológica existe un ideal, una norma dinámica que concretada en la realidad, da la pauta de calidad o de su ausencia.

No obstante, esta calidad está determinada no sólo por la norma ideal sino por la situación a la que debe aplicarse y las posibilidades que ella ofrece. Fajardo Ortiz dice que la calidad de la AM depende de su acuerdo con “el adelanto científico y el grado de desarrollo del medio” (Fajardo Ortiz, 1998:52). Por eso la calidad corresponde a la situación de cada país. Araujo sostiene que el dilema entre el mejor servicio o la falta de servicio asistencial debe superarse brindando aquel que sea posible (Araujo, 1972).

La calidad involucra la satisfacción que un servicio produce en la población a que se brinda y con el prestigio que obtiene. Kerr White la llama **aceptabilidad** y la mide con encuestas. Según ellas el “80% de las personas que buscan, necesitan o desean servicios deberían considerar al personal como “atento y considerado” (Sonis, 1978). Involucra también la satisfacción de la que brindan los servicios en todos sus niveles, tanto en lo que hace a la retribución como al reconocimiento.

La calidad la miden los que tienen oficio asistencial por el procedimiento de la Auditoria y la Acreditación que se verá a propósito del tema Evaluación. La calidad se refiere a los **recursos**, el **proceso** y los **resultados** de la AM, según la clásica tripartición de Donabedian. Los **recursos**, particularmente los humanos logran calidad según su capacidad –formación de base y educación continuada–, el cumplimiento de su rol, su disponibilidad y dedicación. Los recursos **materiales**– edificios, equipos, instrumental y material– interdependen con los humanos, condicionando sus posibilidades y prevaleciendo los últimos. Los recursos estructuralmente considerados no alcanzan calidad sino en la medida en que se aplican en un **proceso** sobre las personas concretas en una circunstancia oportuna y en una secuencia racional de complejidad.

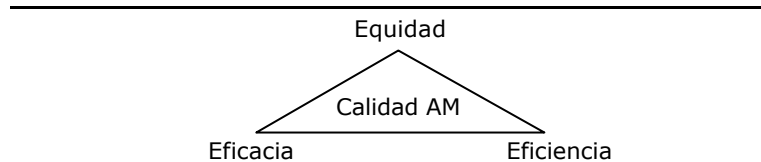
La **complejidad** debe diferenciarse de la calidad; puede brindarse con calidad o sin ella un servicio de baja complejidad (vg. inmunización, examen semiológico no instrumental), o uno de alta (vg. tomografía computada, cirugía coronaria).

Son los resultados de las acciones de AM, ponderados según las circunstancias individuales o colectivas, los que expresan su calidad real. La calidad, es el requisito por antonomasia de la AM.

### 3.- El objetivo calidad

Para lograr el objetivo de calidad la AM debe tener tres condiciones: ser eficaz, equitativa y eficiente. Convencionalmente se llama “eficaz” si lleva a cabo acciones que dan resultados positivos (vg. prevención, curación, mejoría); “equitativa” si tales acciones alcanzan a toda la población que las necesita; y “eficiente” si ambas condiciones precedentes se consiguen al menor costo posible de recursos. Las tres condiciones se interrelacionan [Cuadro 3.a].

#### Objetivos de la AM



Cuadro 3.a

La eficacia obliga, por imperativo de justicia, a la equidad. Una AM que dispone de procedimientos capaces de solucionar problemas de salud debe, por exigencia ética y política, alcanzar a toda la población que tiene tales problemas. Asimismo una AM eficaz y equitativa tiene un alto y creciente costo, por lo que precisa ser eficiente, es decir, lograrlo con la menor cantidad de recursos humanos, materiales y financieros. Para ello deberá organizarse profesionalmente. Lo contrario deteriorará la eficacia, la equidad o ambas.

Ocurre más frecuentemente el deterioro de la equidad: del alcance a toda la población que lo necesita y de la posibilidad de lograr la “extensión de la cobertura”. El progreso científico y técnico, a la vez que aumenta la eficacia, despierta mayor demanda, y ambas a la vez elevan el costo de recursos. La ciencia y la técnica médicas determinan la eficacia, y las ciencias sociales y administrativas aplicadas, pueden lograr la equidad y la eficiencia. Los valores éticos exigen a la sociedad organizar y financiar la AM de tal forma que se de satisfacción al derecho a la salud.

En AM se han desarrollado espontáneamente una variedad de recursos interrelacionados positivos pero no siempre organizados de tal forma que pueda lograrse su objetivo.

En cada país y época tales recursos e interrelaciones, merced a decisiones o indecisiones, han configurado o no, modelos que cumplen las condiciones y consecuentemente los requisitos de la AM.

Naturalmente los modelos de AM no se configuran aislados de otros sectores de la vida social. Por ejemplo, la formación de recursos humanos y la producción de bienes específicos de AM (vg. medicamentos, materiales y equipos) dependen de sectores que le están directamente relacionados, y a su vez determinados por otros más generales de la organización social y política. Así pesan sobre la AM significativos elementos intra y extrasectoriales y consecuentemente numerosos factores de poder y grupos de presión, la compatibilización de cuyos valores e intereses compete a la sociedad y al poder político.

### 4.- La equidad como imperativo ético y político

El requisito de la Equidad surge del valor de la persona humana. Tiene raíz en la creciente individuación planteada por las culturas del Medio Oriente, milenios antes que nosotros, consolidada con los conceptos de **libertad** y **trascendencia** de las grandes religiones monoteístas y de la civilización griega (Kalher, 1965:62-73).

El Derecho Occidental desde sus fundamentos romanos hasta las reivindicaciones sociales que hicieron crisis a fines del siglo XVIII, da a la igualdad una expresión positiva.

Respecto a la salud está planteada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25.1): “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, a sí como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los

servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”, y (25.2): “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de un matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho de igual protección social”. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 10-12-48).

La OMS planteó en 1946 el derecho de toda persona y grupo humano a la Atención Médica.

La igualdad está contenida en el Juramento Hipocrático, cuya forma inicial se remonta al sistema médico desarrollado en el mundo jónico del siglo V a.JC., centrado en la figura del médico de Cos. Lo contiene el espíritu del actual juramento y una de sus fórmulas: “No permitiré jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase” (Asoc. Méd. Mundial. Juramento de Hipócrates. Fórmula de Ginebra, 1948. Texto de la F.C.M.- UNLP).

La equidad en AM se define en función de la necesidad: debe haber respuesta igual de la AM a igual necesidad. Comprende un aspecto técnico-científico sobre el que no puede haber duda alguna de igualdad, y otro de confort sobre el que tampoco puede haberla respecto a lo que hace a la dignidad y decoro de la persona humana. La existencia de diversos subsectores que llevan a cabo acciones de AM, imposibilita una igualdad absoluta. La legislación, las normas y los mecanismos de control y evaluación son instrumentos de regulación para alcanzar Equidad. Sin embargo son los valores y las actitudes de los prestadores y las exigencias justas de los usuarios, las fuerzas que logran el cumplimiento de las normas.

En la lucha contra el SIDA se hace patente, a nivel mundial, la inequidad en la disponibilidad de medicamentos [Cuadro 4.a].

### **Prevalencia estimada de HIV y necesidad de terapia antiretroviral en países de bajos medianos ingresos. Seleccionados. C 2003**

Países	Nº habit. con HIV-SIDA ; fines 2003 (en millones)	Prevalencia entre personas de 15-49 años de edad fines 2003 (%)	Nº de personas que necesitan terapéutica, 2005	Nº de adultos que reciben terapéutica, junio 2004	Cobertura con terapia antiretroviral (%)
Bostwana	350	37,3	60.000	18.000	30,0
China	840	0,1	100.000	7.400	7,4
Haití	280	5,6	40.000	1.370	3,4
India	2.200 - 7.600	0,4-1,3	710.000	21.000	3,0
Myana mar	330	1,2	42.000	200	0,5
Nigeria	3.600	5,4	520.000	17.000	3,3
Rusia	860	1,1	71.000	1.800	2,5
Sudáfrica	5.300	21,5	750.000	20.000	2,7
Uganda	530	4,1	110.000	20.000	18,2
Ucrania	360	1,4	45.000	170	0,4
Tanzania	1.600	8,8	260.000	1.650	0,6
Vietnam	220	0,4	22.000	1.000	4,5

(OMS, 2004)

Cuadro 4.a

## **5.- La crisis de la atención médica**

Se considera que los sistemas de Atención Médica están en crisis y requieren reformas en todo el mundo.

La palabra crisis ha sido frecuentemente vaciada y es preciso definirla [Cuadro 5.a].

<p>Crisis es una etapa de cambio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en la que converge la discontinuidad de un proceso</li> <li>- con raíces multicausales en el presente</li> <li>- con ambiguas consecuencias en el porvenir.</li> </ul>
---

Cuadro 5.a



Dice el historiador británico Eric Hobsbawm, al concluir su análisis del siglo XX:

“Una cosa está clara: si la Humanidad ha de tener un futuro no será prolongando el pasado o el presente” (1995:576).

Se recurre a esta conclusión porque ciertas constantes de la historia se aplican al futuro de la Salud y la Atención Médica.

Fukuyama concibió la historia como la confrontación entre los dos últimos modelos ideológicos del siglo XX, liberalismo y marxismo, al concluir la cual anunció el fin de la historia.

Pero la historia sigue, porque la realidad es más rica que los modelos para entenderla. Hoy se erige el mercado como modelo único, no como un vínculo sustancial entre otros pocos vínculos significativos.

El modelo de Mercado exclusivo concibe un juego de compraventa en que todo es mercancía.

Sin embargo, hay bienes que no son mercancías: la libertad, el cuerpo, el amor, el sexo, la educación, la salud (Giussani, 1971).

Estos bienes se interrelacionan por otros vínculos además de los del Mercado, tienen una lógica que desborda la lógica del Mercado. La regulación de estos bienes opera también por vínculos de mercado, pero ellos tienen regulaciones más altas: la familia, el Estado, la universidad, los colegios profesionales, la religión, las agrupaciones de intereses legítimos y las instituciones solidarias.

En el plano general, el milenio termina como lo señala el mismo Hobsbawm “con un desorden global de naturaleza poco clara sin ningún mecanismo para poner fin al desorden o mantenerlo controlado”, pero, para él, “rechazar un presente inaceptable, no implica necesariamente proporcionar soluciones a sus problemas” (Giussani, 1971).

No obstante este dejo de pesimismo, coincide con lo que en salud es equidad y dice: “la distribución y no el crecimiento dominarán la política del siglo XXI” (Giussani, 1971).

El Estado de Bienestar, con todas sus limitaciones, puede que haya contribuido, aún en el plano puramente financiero, a paliar las crisis económicas del siglo: ¿será el 30% de PBI que los países desarrollados destinaron a ese Estado de Bienestar un factor que contribuyó a paliar las crisis de la década de 1980, frente a la dureza de la crisis de 1930 época en que se dedicaba al Estado de Bienestar escasamente el 4% del PBI?

Si el Estado de Bienestar se desarticula, como parece ocurrir en buena parte del mundo y en nuestro medio, en el marco del crecimiento demográfico y del envejecimiento de las poblaciones y si se redistribuye menos y se desocupa más, ¿cómo podrán mantener las empresas el nivel de consumo que requieren para su mano de obra y su ganancia?

Las sociedades deben encontrar algún mecanismo para lograr, no sólo por solidaridad sino para mantener la producción y sostener la paz social, que la distribución de la riqueza sea la política dominante del siglo XXI.

La Atención Médica es un servicio sometido en parte a reglas del Mercado, aunque las desborda y se inscribe también en las normas de la solidaridad social.

¿Por qué se afirma que la Atención Médica está sometida en parte a las reglas del Mercado? Es que en el sistema de Atención Médica también se compran y se venden bienes y servicios y por eso se esquematizan sus diversos componentes tendiendo a una premisa: la situación epidemiológica no mejorará si no se busca la satisfacción legítima de todos los componentes.

Es decir que un servicio debe proveerse con calidad y ser compensado correctamente en honorarios, salarios, costos y beneficios, inversiones y amortizaciones al que lo provee. Para eso debe ser, asimismo, eficiente.

## Citas bibliográficas

- Araujo, J., Duarte de, *The Right to Medical Care and its Economics Consequences, an American Dilemma*. Revista Médica de San Pablo, 1972, volumen 6, p. 321-327.
- Bach, P.B. y otros, *Primary Care Physicians ¿Who Treat Blacks and Whites?*. N. Engl. J. Med 351 (6):575-84, 2004.
- Coe, R. M., *Sociología de la Medicina*. Madrid, Alianza Universitaria, 1973.
- Corsiglia, D., "La lista de espera para la cirugía cardiovascular y la hemodinamia intervencionista en la medicina pública". Revista de la sociedad Médica de La Plata, tomo 36, volumen 1, 2002, p. 17.
- Fajardo Ortiz, G., "Atención Médica. Teoría y práctica administrativa". Prensa médica Mexicana, México, 1983:52. Cfr. Mera, J. A., "Características de la organización de la Atención Médica". En CIASP. Medicina Administrativa. Volumen II, 1968, p. 39-47.
- Gagliardino, J. J., Olivera, E.M, Barragán, H.L, Hernández, R.E., *Diabetes mellitus e hipertensión arterial. Aspectos clínicos y epidemiológicos en la población de La Plata*. Buenos Aires, Facultad de Medicina, volumen 55, p. 426, 1995.
- Giussani, L., Santoro, F., Buttiglioni, R. y otros. "Una experiencia que se hace escuela (Curso de Doctrina Social de la Iglesia)". Buenos Aires, Docencia, 1989. Cfr. Mauss, M., *Sociología y Antropología*. Madrid, Tecnos, 1971, p. 151-258.
- Hobsbawm, E., *Historia del Siglo XX*. Barcelona, Crítica, 1995.
- Holland, W. W., Ipsen, J., Kostrzensky, J. *Mediciones de los niveles de salud*. Barcelona, Salvat, 1982, p. 48-52.
- Kalher, E., *Historia Universal del Hombre*. México, FCE, cuarta edición, 1965, p. 62-73.
- Leavell, H. R., y Clark, E. G., *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York, McGraw Hill, tercera edición, 1958.
- Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Encuesta de utilización de Servicios y Gasto en AM; Buenos Aires, 1982. Coordinadores: I.P. de Molinero y M. Méndez Casariego.
- Molina, M., Grugnala, D., Barragán, H. L., *Encuesta sobre accesibilidad hospitalaria. Prueba piloto en hospital zonal*. Departamento de Introducción a la Medicina. Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, La Plata, inédito, 2003.
- OMS. HIV-SIDA, Steinbrook, *Expanding the Global Response to AIDS*. "Plan para enero 2004-diciembre 2005". New England Journal Medicine, volumen 351, tomo 8, 2004, p. 742.
- SESP-AFM-OPS. *El consumo de salud en términos espaciales en el área Metropolitana*. Serie 5, N°5, Buenos Aires, 1969, p. 7-8.
- SESP-AFM-OPS. *El consumo de salud en términos espaciales en el Gran Córdoba*. Serie 5, N°4, Buenos Aires, 1969.
- Sonis, A. y colaboradores. *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Bs As, El Ateneo, tomo II, capítulo 4, 1978.