

Ec. LUIS LAZAROV

Borrador para una discusión

Principios y coordenadas de *un* diagnóstico

I. INTRODUCCIÓN

Se suele plantear que el sistema de salud uruguayo está “sobrediagnosticado”.

Buena parte de los diagnósticos plantean problemas de distinta naturaleza, incluso muchas veces coincidentes. Sin embargo, no se procesan respuestas efectivas a los problemas identificados.

¿Será que no todos los “diagnosticantes” están de acuerdo con el contenido del “cúmulo” de diagnósticos?

¿O será que los pasos siguientes al diagnóstico (o sea, la propuesta, discusión e implementación de los cambios) no calzan bajo el manto del consenso, y nadie quiere “perder” posiciones?

Y finalmente, ¿de qué posición se trata: de las de hace cinco años, seis meses, o las actuales?

Implícitamente se abordan estas interrogantes formulando un diagnóstico orientado a resaltar aquellas coordenadas que contribuyen u obstaculizan críticamente el logro de los principios que *deben* sustentar al sistema.

Dicho de otro modo, se trata de poner el énfasis *subjetivamente* en aquellos aspectos que importan en tanto inciden de un modo u otro en la posibilidad de concretar los objetivos considerados estratégicos por el cuerpo médico.

II. PRINCIPIOS

1. Universalidad

Consiste en satisfacer el derecho de la población a recibir *cobertura* de atención sanitaria alcanzando a la totalidad de los habitantes del país, y garantizando el *acceso* a un conjunto integral de prestaciones de calidad comprobada, brindadas por los distintos niveles asistenciales, definidas a partir

de la situación demo-epidemiológica y la disponibilidad de recursos del país.

2. Equidad y solidaridad

Consiste en garantizar a la población el *acceso* a la atención de salud (considerada como “bien preferente”), en cantidad y *calidad* adecuada según sus necesidades -igual atención para el mismo tipo de problema sanitario- y que el servicio se *financie* según las posibilidades económicas de cada individuo y/o familia -trato desigual para desiguales-, promoviendo en ambos sentidos la igualdad de *acceso* (incluyendo la dimensión asistencial, económica, geográfica, etcétera), lo que implica eliminar la cautividad de poblaciones adscritas a segmentos de oferta -públicos o privados-, es decir, “*la medicina para pobres y la medicina para ricos*”.

3. Integralidad, continuidad, oportunidad y calidad comprobada

La *integralidad* constituye un proceso de atención que incorpora acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con un enfoque bio-psico-social, y con la integración funcional de los recursos necesarios en los diferentes niveles de atención. La *continuidad* consiste en garantizar el proceso global de atención de las personas a lo largo de su vida a través de una figura que asume esa responsabilidad, en los distintos ámbitos de acción individual y colectiva, con *acceso* a las diferentes modalidades de atención en los distintos niveles de

complejidad asistencial, a través de los respectivos equipos de salud.

La *oportunidad* hace referencia a la adecuación de los tiempos de respuesta de la organización de servicios a los requerimientos inherentes a las necesidades asistenciales que hagan posible el logro de resultados efectivos.

La *calidad comprobada* de los servicios en toda su dimensión refiere al conjunto de propiedades y características que les confiere aptitud para satisfacer necesidades expresas o implícitas, a través de una normativa que regula la habilitación de los servicios, el diseño y la aplicación de programas de garantía de calidad, los sistemas de acreditación, etcétera, las que quedan sujetas a una permanente evaluación por parte de la autoridad pública en su rol regulador y fiscalizador.

Los profesionales de la salud cuentan con una importante discrecionalidad y juegan un relevante papel en la producción de los servicios. La *calidad técnica* se asocia a su formación (grado y postgrado) y desempeño; a la educación continua y permanente; al uso de protocolos, estándares y guías de práctica clínica; y a una oferta laboral adecuada en cantidad y calidad a los requerimientos del modelo, etcétera.

4. Eficacia y efectividad

Consiste en maximizar las mejoras objetivas en los niveles de salud de la población, cuyo impacto se mide a través de indicadores de morbilidad, mortalidad, años de vida salu-

dables ajustados por discapacidad (AVISA), etcétera.

5. Eficiencia y libre elección

Consiste en la asignación óptima de recursos en función a las necesidades de la población y una prestación de servicios de calidad producidos al menor costo posible. Los criterios de *eficiencia económica* aplicada a las decisiones adoptadas por los profesionales en el marco de la gestión clínica adquieren relevancia en el proceso de asignación de recursos. En ese marco se inscribe la evaluación de tecnología e insumos (medicamentos, materiales de distinto tipo, etcétera), y el diseño de un sistema adecuado de incentivos.

La relación entre financiador, prestador de servicios y usuario, condiciona la *eficiencia* del sistema. Constituyen instrumentos clave: los mecanismos de reembolso que asocian recursos con costos esperados de la atención, siempre que garanticen cantidad y calidad de las prestaciones; los esquemas de descentralización y autonomía en la gestión de recursos, asociando cierto riesgo a los distintos niveles asistenciales; y la *competencia* que promueva el bienestar social a partir de la *libre elección* del usuario *informado y formado* en la selección de su cobertura asistencial en función a los mejores indicadores de calidad y costos.

6. Unicidad sistémica, simplicidad y descentralización

→ sigue en pág. 27

→ viene de pág. 25

organizacional

Consiste en la configuración de una *única* estructura sistémica a escala nacional, superando divisiones de tipo geográfico y según propiedad de la oferta, y un funcionamiento organizacional *simplificado*, con *descentralización* equilibrada en la toma de decisiones contemplando las especificidades regionales y departamentales.

7. Participación de la población

La comunidad constituye un sujeto dinámico y activo en referencia a los programas y las acciones de salud, *participando* en su diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, de acuerdo a las prioridades preestablecidas, recibiendo información sistemática y formación básica que le permita desarrollar la defensa del derecho a una atención de salud integral y de calidad comprobada.

III. DIAGNÓSTICO

Se plantea a continuación las coordenadas concretas de un diagnóstico específico, las que son clasificadas en **externas** o **internas** en función al propio sector.

1. Coordenadas externas

Entre los problemas que provienen *de afuera* del sistema propiamente dicho, se cuenta con una población progresivamente más envejecida, con predominio de enfermedades crónicas, y un nivel de pobreza creciente, tal como lo indican estudios publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y por investigadores especializados en la temática, lo que modifica a su vez la carga de morbilidad de la población. A ello se agrega un ciclo rece-

sivo agudo en la actividad económica desde hace más de cinco años; un sistema financiero que aún procesa las condiciones de una crisis fenomenal con sus respectivas consecuencias -en particular en materia de créditos-; la caída de la inflación que impidió licuar pasivos que disimulaban problemas económicos; las altas tasas de desempleo e informalización que restan población cubierta a las IAMC y aumentan la demanda de ASSE; la emigración creciente; el desarrollo de tecnologías con impacto diverso que presionan sobre el modelo asistencial; etcétera. Los ajustes fiscales afectaron el gasto de ASSE y la crisis económica agudizó el panorama para las IAMC y las demás instituciones que conforman el sector.

En síntesis, el medio externo al sector salud no es neutral con relación a su desempeño y en las actuales condiciones no contribuye a configurar un escenario favorable que permita cumplir con los principios esbozados, con base en un modelo sustentado en equilibrios de mediano y largo plazo.

2. Coordenadas internas

Entre los problemas que surgen *desde el propio sistema*, resaltan las siguientes coordenadas:

- 1 Política pública
- 2 Regulación
- 3 Modelo asistencial
- 4 Financiamiento y gasto
- 5 Trama institucional (estructura y funcionamiento)
- 6 Recursos humanos
- 7 Insumos y tecnología
- 8 Familias - usuarios

1. Una prolongada ausencia de **políticas públicas** explícitas en salud, que incluyeran objetivos claros, asignación estratégica de roles, y la posibilidad de planificar y ejecutar

acciones en un horizonte de tiempo con reglas de juego estables.

2. Una *regulación* carente de un marco de política que le sirva de referencia, deficitaria por las múltiples instituciones que la ejercen sin coordinar (MSP, MEF, MTSS, BSE, BPS, UDELAR, etcétera), y con problemas en las diversas áreas sanitarias a las que se aplica (desde precios hasta evaluación e incorporación de tecnología, pasando por el mercado de trabajo), enviando señales contradictorias, erráticas, asimétricas y adversas para abordar una gestión institucional que buscara sacar al sector de la delicada situación en la que se encuentra sumido.

Ejemplo de ello es la desregulación de los mercados de medicamentos en segmentos en los que existen empresas con alto poder de mercado, la carencia de un sistema de información (aun cuando viene mejorando lentamente) que permitiera una regulación eficiente y eficaz; la multiplicidad y los elevados precios de los copagos que impiden el acceso a los servicios a sectores que cuentan con la "cobertura" IAMC, pasando de cumplir una función reguladora de demanda a otra recaudadora; la prolongación en el tiempo del denominado "corralito" para los afiliados activos del BPS a las IAMC; la profusa matriz regulatoria para el sector IAMC a diferencia de la escasa regulación de seguros (integrales y parciales) de distinta naturaleza; etcétera. En síntesis, este esquema regulador se convierte en una condición necesaria para el éxito de agentes experimentados en la obtención de ventajas tendentes a favorecer sus objetivos especulativos, cultivando una cultura cuyo cambio requerirá de mucho

tiempo, esfuerzo, y voluntad política...

3. Las distorsiones de un *modelo asistencial* con un sesgo esencialmente curativo, que no cumple con la continuidad y la integralidad del proceso de atención de acuerdo a las necesidades de la población, y con indicadores que no reflejan los resultados esperables a la luz de la creciente inversión en salud realizada por lo menos en las últimas tres décadas.

Las prestaciones no quedan definidas en un marco que resulte operativo ante la dinámica del cambio que imprime el progreso científico y tecnológico. La *cobertura* crea espacios de conexión, superposición y vacío; se agudizan las diferencias entre derechos formales de *acceso* y posibilidades reales de consumo (por ejemplo, órdenes y tiques de las IAMC); y la *calidad* heterogénea de los servicios prestados afecta a los sectores más débiles (menos recursos asignados per cápita), impactando negativamente en la equidad del sistema.

Se profundiza el desajuste entre oferta de servicios, necesidades y demanda de la población. En definitiva, el modelo se orienta a la enfermedad, no a la salud...

4. El *financiamiento* se canaliza a través de una compleja red constituida por una diversidad de fuentes. Los principales ramales pueden agruparse del siguiente modo:

Por un lado, la fuente impositiva que proviene de un sistema tributario basado en impuestos indirectos, de carácter regresivo, financia básicamente los servicios que presta ASSE y parte de los actos del FNR, cuyos recursos se han contraído con la crisis. El riesgo financiero lo asumen los contri-

buyentes, en la medida en que las diferencias entre recursos presupuestados y gastos ejecutados se cubren vía rentas generales.

En este sentido, el mecanismo de subsidio a la oferta que rige en el financiamiento de la mayor parte de los servicios prestados por el sector público (básicamente a través de ASSE), refuerza el desincentivo a la eficiencia.

Por otro lado, la seguridad social y las familias financian, a través de aportes y cuotas, respectivamente, la actividad de las IAMC y del FNR; la venta de servicios entre instituciones constituye una fuente relevante para su financiamiento; y las órdenes y tiques complementan los recursos de las primeras. Se evidencia un crecimiento importante del peso relativo del “pago de bolsillo”.

Las cuotas no asociadas al ingreso¹ no constituyen esquemas de equidad en el financiamiento ya que no existe una relación directa a la capacidad de pago ni a ninguna otra variante asociada con criterios de equidad. Los recursos provenientes de esta fuente se contraen como consecuencia de la crisis y del incumplimiento de las reglas de juego (su valor no se ajusta en tiempo y forma de acuerdo a la parámetro vigente).

El riesgo financiero es asumido por las instituciones ya que cobran por capitación. Cuando entidades de mayor porte como la ex DISSE contrata servicios, no aprovecha su posición ventajosa para exigir al menos estándares mínimos de calidad asistencial.

El *gasto* global presenta una tendencia creciente en la última década y media, probablemente amortiguada en los últimos años por los recortes indiscriminados (en particular en ASSE). Un factor explicativo clave del fenómeno lo constituyen los mecanismos de pago

a prestadores y recursos humanos que no contribuyen a la eficiencia, productividad y racionalidad del sistema.

En la misma dirección confluye el *pago por servicio prestado* que en términos generales reciben los IMAE del FNR, quien asume buena parte del riesgo financiero, contando con escasas posibilidades de ajustar la modalidad de pago a la de sus ingresos, sin realizar evaluación económica para sus alternativas estratégicas², y con un diseño que incluye una conducción colegiada en la que intervienen, entre otros, los propios proveedores del sistema.

Pero probablemente la clave en el control del gasto de las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios asistenciales (por ejemplo, las IAMC, o incluso la propia ASSE) se encuentre en el *desajuste* entre el *costo asociado al riesgo de la población cubierta* y los *recursos financieros que perciben para dicha cobertura* (el valor de las cuotas en las IAMC o el valor implícito que representa la cuota-parte presupuestal asignada a ASSE por cada individuo cubierto). Dicho de otro modo, el cobro por cuota *única* en las IAMC (más leyenda que realidad), no refleja un cálculo racional de sus egresos, no hace al sistema más solidario y le quita eficiencia al desvincularlo del riesgo y de sus costos esperados, provocando un sesgo en la población que cubre (más envejecida que la media del país). Aun con esquemas de gestión eficiente, las instituciones pueden desequilibrarse fruto del diseño sectorial.

Una de las principales carencias del sistema consiste en la falta de mecanismos que articulen el financiamiento con el gasto, tanto en el plano sistémico como institucional.

Uno de los rasgos que surge como consecuencia del esce-

nario descrito es el intenso y creciente proceso de endeudamiento de las instituciones aseguradoras-prestadoras (particularmente las IAMC de Montevideo). Estas últimas han sufrido procesos de creciente atraso de carácter laboral, comercial, previsional y financiero, debiendo absorber importantes costos financieros. Estos factores se retroalimentan con la crisis financiera, el grado de riesgo del sector, etcétera.

La presente Administración se ha abocado a elaborar respuestas para la cancelación de deuda acumulada, tanto en el plano comercial (a través de préstamos internacionales que le permitieran asegurar la continuidad del suministro) como en el plano laboral (a través de un fideicomiso financiado por aumento de cuota a la población), condicionando las soluciones al cumplimiento de medidas que incluyeran futuros cambios en la gestión institucional.

Transcurrido parte del plazo previsto, las soluciones proyectadas no parecen haber amortiguado la delicada situación por la que atraviesa el sector en su conjunto, seguramente por no atacar las causas estructurales del de-squilibrio, particularmente en el diseño y en la gestión institucional.

5. Una *trama institucional* compleja donde las entidades que aseguran y prestan servicios (tanto públicas como privadas) no asumen en general su doble naturaleza, lo que implica que no se implementen *modelos de gestión* que para una calidad asistencial dada, permitan ajustar adecuadamente ambas funciones al equilibrio.

Por el contrario, operan con déficit sostenidos en el tiempo, sin considerar, por ejemplo, la necesidad de alcanzar escalas mínimas de población cubierta. La filosofía gerencial

que ha conducido por décadas a las instituciones hasta su situación actual, difícilmente acepte reconvertir el modelo, pasando a esquemas desconocidos para su modo de operar. El *atajo del lobby* ha predominado como cultura organizacional por sobre la apuesta a la gestión eficiente, el cálculo de costos, el incentivo a la calidad y la contención del gasto, sin criterios adecuados de estimación de la dotación de recursos teniendo en cuenta las variaciones estacionales y de la demanda, aun cuando el escenario general ha mutado de un modo excepcional.

La mezcla de una multiplicidad de efectores (en número y tipo) de origen público y privado, diferenciados por la calidad asistencial de sus prestaciones, funcional con la segmentación del sistema, configuran una compleja gama de circuitos de regulación, cobertura, seguro y prestación; financiamiento y gasto; docencia, infraestructura, calidad y distribución geográfica; sistemáticamente desajustados de las necesidades demo epidemiológicas de la población y de su demanda, sin una contrapartida en términos de resultados, todo lo cual deriva en una fuerte dilapidación de recursos, en medio de una multiplicidad de intereses en juego.

6. La inversión en *capital humano* juega buena parte de su desarrollo en las entidades formativas y en el mercado de trabajo. La falta de ajuste entre ambos es otra de las serias deficiencias del sistema.

Por un lado, es marcada la insuficiencia de procesos de formación en cantidad y calidad de profesionales de la salud asociados a la demanda de un modelo asistencial alternativo al actual, el que debería sostenerse y regularse con participación de los actores involucrados. Por otro lado, en el

mercado de trabajo, los gremios se fragmentan casi como espejo del ámbito institucional en multiplicidad de actores, a los que se asocian modalidades de contratación, retribución y condiciones de trabajo con normativas regulatorias que aportan rigidez al sistema.

Se dificulta una negociación en el mercado de trabajo de las IAMC que tendiera a superar esquemas originados casi 40 años atrás, combinados con convenios cuya estructura responde a más de una década de antigüedad. En el caso de ASSE, se debería tender a superar las irracionalidades y contradicciones provenientes de soluciones ad hoc que se han ido superponiendo en el tiempo (por ejemplo, diversas retribuciones para igual función sin que las diferencias se expliquen por variables tales como distintos rendimientos, calidad de asistencia, etcétera, o innumerables modos de contratación, en algunos casos llegando hasta el absurdo).

Se caracteriza por un fuerte *multiempleo*³ en diversas categorías laborales, lo que afecta -entre otras circunstancias- la relación médico-paciente; y una marcada *sobreespecialización* profesional, condición que hace al rasgo central del modelo de atención.

La inestabilidad en el empleo y los atrasos en los pagos predominan en las IAMC, particularmente de la capital. Al requerir mayores recursos y agotarse las fuentes alternativas de financiamiento (proveedores, organismos públicos, etcétera), convirtieron la masa salarial en variable de ajuste (con deudas que llegan a superar los seis meses de antigüedad y pérdida de fuente de trabajo), haciendo a su vez que buena parte de los cargos reales se transformasen con el tiempo en cargos virtuales...

La productividad en los servicios, un sistema de incentivos

que dinamice un proceso racional de ingreso y egreso del mercado de trabajo, y la generalización de las pautas salariales y laborales para el sistema en su conjunto, con una organización del trabajo médico y no médico que responda a la acción a través de los equipos de salud compatibles con un modelo asistencial que priorice el primer nivel de atención, constituyen factores no resueltos en el sector.

En síntesis, el sector se caracteriza por un desajuste -*en general* por exceso- entre el tipo y número de recursos humanos y la necesidad del mercado de trabajo en un contexto de búsqueda de equilibrios, con dos agrupamientos que presentan problemas críticos: *en el área profesional*, la existencia del tradicional multiempleo y la sobreespecialización, con dificultades para abordar el análisis de factores determinantes en este tipo de problemas, como, por ejemplo, el ingreso irrestricto a la Facultad de Medicina; y *en el área no técnica*, la caída en la calificación y la rigidez en el desempeño de las actividades como consecuencia de la regulación laboral nacional y específica del sector.

7. En cuanto a la *tecnología*, la regulación resulta deficiente por inaplicable, no se basa en análisis de evaluación económica, se incorpora muchas veces a partir de intereses ajenos a la necesidad en salud y se utiliza con una importante variabilidad debido a la inexistencia de pautas protocolizadas.

Existe una fuerte heterogeneidad del parque tecnológico disponible, lo cual impacta en la calidad de las prestaciones entre instituciones. A su vez, las posibilidades de importación de tecnologías condicionada por políticas económicas vinculadas a cada coyuntura,

fortalece el proceso de relativa autonomía con relación a las necesidades.

En lo que refiere a los *insu- mos*, predomina el *mercado farmacéutico*, constituyéndose en un componente crítico de la realidad actual. Existe un importante endeudamiento de las instituciones prestadoras de servicios, tanto públicas como privadas, con el sector.

Su impacto difiere según la dimensión de los laboratorios, su carácter nacional o internacional, el grado de concentración de mercado existente en los fármacos que comercializan, etcétera. Sin embargo, aun cuando han obtenido importantes ganancias en un mercado desregulado desde hace más de una década, y tienen prioridad absoluta en el destino que den las IAMC a los fondos provenientes del préstamo del BID para la cancelación de deudas, su situación sigue siendo comprometida.

Las casas matrices han exigido a sus sucursales maximizar la cobranza y manejarse con cautela en la comercialización. Las empresas nacionales se han visto afectadas por la crisis del país y los problemas de pago de las instituciones públicas y privadas. Estos factores, combinados con la distorsión de precios proveniente de las variantes cambiarias de mediados de 2002, han conducido a la industria a sostener una respuesta defensiva y en algunos casos abusiva ante la incertidumbre e inestabilidad estructural del sector.

Este escenario debilita la posición de las empresas demandantes y, en muchos casos, también a las empresas farmacéuticas, poniendo en riesgo el equilibrio que representa el suministro en tiempo y forma de los medicamentos y los materiales para la provisión asistencial.

A ello debe agregarse un proceso de licitaciones sucesivas

del Estado a través de la Central de Compras creada recientemente, sin que se logren resultados satisfactorios para las partes, contribuyendo a fomentar las posiciones de fuerza en la negociación, en un momento extremadamente delicado, y en el cual no parecen existir estrategias del Estado tendientes a alcanzar equilibrios más eficientes y eficaces que permitan aumentar el bienestar de los actores involucrados.

El alto poder de algunos segmentos de la industria suele imponer estrategias comerciales (por ejemplo, promover la farmacia comercial a la farmacia mutual como forma de asegurarse el flujo de recursos contado) y de defensa de sus intereses, con la complacencia de las autoridades regulatorias locales. Un ejemplo de ello es la inexistencia de análisis de evaluación económica para la incorporación de nuevos fármacos (farmacoeconomía).

8. La *población* en su rol de demandante de servicios tiene una escasa participación social en la defensa de sus derechos, con una importante carencia de medios donde expresarse o reclamar. El ejercicio de la libre elección del usuario de las IAMC, promoviendo el desarrollo institucional basado en una sana competencia por la mejora continua de la calidad, la maximización de la eficacia en los resultados y la contención de costos, se ve dificultada fundamentalmente por la falta de información y formación con relación al modo de decidir la mejor opción de afiliación. Esto facilita la práctica de la intermediación lucrativa que se expresa con los socios de la ex DISSE. El costo social e institucional de este fenómeno es extremadamente alto, debilitando las ventajas de una competencia controlada. A su vez, las poblaciones

“cautivas” son las más afectadas por no tener capacidad de pago para elegir su cobertura de salud en otra red asistencial que no fuera la de ASSE o el Hospital de Clínicas (o bien quedar adscritas a esquemas definidos por el tipo de actividad del jefe de familia, por ejemplo, en Sanidad Militar y Sanidad Poli-

cial), debiendo compartir el servicio con población que posee otras coberturas⁴.

Dos ejemplos reflejan esta problemática. Por un lado, parte de la población de las IAMC se ve sometida a decidir individualmente sobre su consumo debido a las barreras económicas que imponen los precios de órdenes y tiques, afectando

la continuidad asistencial al consumir según su capacidad de pago y no siempre según su necesidad. Por otro lado, la población que egresa del mercado de trabajo, luego de aportar durante su vida activa, paradójicamente queda excluida de su cobertura tradicional, salvo para los pasivos de ingreso mínimo. ■

¹ Excepto para socios de la ex DISSE para los que se asocia a su salario, no a su ingreso.

² Por ejemplo, con relación al ingreso y egreso de técnicas al sistema.

³ El más relevante es el de los médicos de Montevideo.

⁴ Por ejemplo, teniendo en cuenta la tradicional incapacidad que ha mostrado ASSE para identificar a sus usuarios.

Apuntes para la reflexión Medicina e Industria

DR. SERGIO VILLAVERDE

1) La ética tradicional de la medicina se ordenaba alrededor del cuidado de la salud y la *atención* de la persona enferma. Mantener esta función social actualizada implicaba *investigación* y la transferencia del conocimiento de una generación a otra a través de la *docencia*.

2) La percepción es que se ha dado una mutación de valores hacia la ética de la industria y el mercado. La medicina pasó a ser un producto que se ofrece en el mercado. De acuerdo a sus necesidades y su capacidad de satisfacerlas, los “consumidores” eventualmente compran atención médica o “aseguran” su salud.

3) La ética de la industria se ordena alrededor de la concepción de que el bienestar de las personas es un resultado del derecho de propiedad y sobre todo de la libertad irrestricta del capital para reproducirse. De acuerdo a esto, la venta de productos dirigidos a la atención de la salud (medicamentos, implantes, técnicas de diagnóstico e incluso el ejercicio de la profesión médica) tienen como fin generar ganancias en el mercado de capitales, mientras que la conservación o recupera-

ción de la salud son simples medios para satisfacer el fin señalado. Baste citar como ejemplo las demandas de los grandes laboratorios farmacéuticos contra el gobierno de Sudáfrica por la producción de medicamentos genéricos para el tratamiento del sida, o de los seguros privados de Estados Unidos contra el gobierno de Canadá por la existencia de un seguro nacional de salud, acusado de competencia ilícita de acuerdo al tratado del NAFTA.

4) La limitación de la inversión pública en investigación es un hecho muy frecuente no solo en países dependientes. Actualmente hay un fuerte movimiento de los científicos franceses denunciando esta realidad. Mas de doscientos de ellos han presentado renuncia a sus cargos como forma de protesta. Esta falta de compromiso de los estados nacionales ha sido sustituida por el dominio de las transnacionales que, en muchos casos, coopta investigadores en ciencias básicas, adueñándose de los resultados de esas investigaciones, para luego procesar el desarrollo tecnológico y su transformación en nuevos productos, cerrando el circuito de la forma más rentable.

5) El modelo que procura imponer la industria para la aten-

ción de la salud es el de la industria automovilística, por el cual se incentiva el desarrollo de una tecnología aplicada a la novedad continua. Pequeños cambios a productos existentes que, salvo contadas excepciones, no soportan la prueba de una investigación independiente que fundamente un beneficio real. De esta manera se exagera permanentemente la obsolescencia de medicamentos, implantes, equipos y técnicas, sustituyéndolos por la “última generación” que transforma en chatarra lo que el mismo sistema promovió como útil el día de ayer.

6) La imposición del modelo requiere una inversión creciente en publicidad. Más allá de la directamente vinculada a productos concretos, hay otra dirigida a crear imagen en tres aspectos: A) La salud como resultado del consumo de productos que la preservan o restituyen y no como el bienestar bio-psico-social por la integración armónica del individuo en la sociedad. B) Las empresas como benefactoras, cuya finalidad sería la salud de la gente y no lo que realmente son: generadoras de lucro.

C) Las empresas como centros de investigación con solvencia académica, que destinan importantes recursos a esos fines,

dirigidos sobre todo a ejercer influencia sobre los profesionales de la salud.

7) En la actualidad, una vez asentado el control directo o indirecto sobre una porción sustancial de la investigación de aplicación médica, la industria dedica crecientes esfuerzos a injerir en la docencia. Se debe advertir la diferencia entre el apoyo económico tradicional a la organización de eventos de intercambio académico, en los cuales las firmas patrocinantes no influían ni en la temática ni en la selección de los expositores, y lo que hoy se ha impuesto: cada empresa mantiene su “troupe” de especialistas, ofreciendo su presencia, definiendo también los temas a desarrollar, a cambio de hacerse cargo de los gastos.

8) En nuestro medio, las bajas retribuciones de los docentes universitarios, incluidos los de dedicación completa, podría explicar, aunque solo en parte, que en la Facultad de Medicina haya docentes que además sean empleados o asesores de grandes empresas, asiduos integrantes de las referidas “troupe académicas”. La pregunta es si en esas circunstancias se puede participar en actividades de investigación y/o docencia en forma independiente. ■