

ATENCIÓN MÉDICA, ESTADO Y MERCADO

Raúl Aular

Las dificultades que hay que enfrentar cuando se piensa en una amplia cobertura de salud con calidad parten de la naturaleza del acto médico como hecho económico. Un entendimiento adecuado de este fenómeno ayuda a diseñar soluciones pragmáticas que parten del análisis de la realidad y no de ideas preconcebidas, recetas o credos de cualquier signo.

CUANDO SE HABLA DE SALUD uno de los errores más comunes es englobar en la misma categoría la atención médica y la salud pública. La atención médica se refiere a la práctica clínica, ejercida por médicos generales y especialistas, enfocada en el diagnóstico y la terapéutica con pacientes. La atención médica se ejerce normalmente en instituciones hospitalarias de distintos grados de complejidad y tiene como piedra angular la relación médico-paciente. Es el oficio típico del médico especialista de hospital: un profesional cuya formación es costosa tanto en dinero como en tiempo. La realización de una intervención quirúrgica pertenece al ámbito de la atención médica.

La salud pública, por su parte, se refiere a las prácticas destinadas a grandes grupos poblacionales, muchas de las cuales tienen un carácter preventivo, no necesariamente se ejercen en un ambiente hospitalario y no presuponen el establecimiento de una relación médico-paciente. El control epidemiológico del *Aedes aegypti*, con la finalidad de prevenir el dengue, pertenece al ámbito de la salud pública.

Dada las diferencias entre la salud pública y la atención médica es necesario tratarlas separadamente. Cuando se analizan con el mismo marco conceptual se cae frecuentemente en contradicciones e incongruencias.

Raúl Aular, médico cirujano, director general del ICE / Hospital Internacional de Barquisimeto.

¿Bien público o bien privado?

Dejando a un lado las diferencias relacionadas con la actividad profesional, es en el contexto microeconómico donde las diferencias entre la atención médica y la salud pública son más notables. ¿Qué diferencia a los bienes públicos de los privados?

Los bienes públicos tienen la característica de no ser exclusivos; es decir, una vez que se producen no es posible evitar que alguien los disfrute, aunque no haya pagado por ellos. El ejemplo clásico es la defensa nacional: una vez que hay fuerzas armadas protegiendo un territorio, todos los habitantes de ese territorio disfrutan del bien, incluso sin tener idea de que el bien es provisto por la sociedad. Este tipo de bienes no son ofrecidos por el sector privado debido a que es imposible excluir a quien no pague y, en consecuencia, resultan económicamente inviables.

Los bienes privados, por el contrario, son exclusivos: es posible limitar su disfrute sólo a los beneficiarios que paguen. Los bienes producidos y comercializados por el sector privado de la economía son generalmente de este tipo. Automóviles, ropa, alimentos, por ejemplo, son bienes susceptibles de exclusividad: sólo los disfrutan quienes paguen por ellos.

Por supuesto que hay grises y no todos los bienes son públicos puros o privados puros; pero esta distinción resulta muy útil para entender la naturaleza de la asociación entre el bien, quien lo disfruta y quien lo provee. La salud pública tiende a ser un bien público; debido a que las iniciativas de control epidemiológico, por ejemplo, benefician a toda la población y no es conveniente ni, muchas veces, posible la exclusión. La atención médica es un bien privado, susceptible de exclusión y ha sido tratado así a lo largo de la historia.

Mercado y asimetría de información

Mucho se habla de la capacidad del mercado para proveer bienes de manera eficiente. Efectivamente, la competencia y los mecanismos de mercado para generar los precios permiten el funcionamiento fluido de una maquinaria compleja, que continuamente ponen de acuerdo a los productores y los consumidores en múltiples transacciones. Sin embargo, la teoría económica ha identificado unas condiciones necesarias para que el mercado entregue bienes óptimamente. Cuando estas condiciones no se cumplen, el mercado no funciona bien. Se habla entonces de una falla de mercado.

Una falla de mercado típica es la existencia de un bien público. El mercado no funciona adecuadamente cuando de proveer bienes públicos se trata. Por ejemplo, no suelen encontrarse compañías que ofrezcan servicios de defensa nacional a los consumidores. Ese bien es provisto por el sector público.

Otra condición para que el mercado funcione adecuadamente es que el comprador posea una razonable idea de lo que adquiere (lo que en economía se conoce como simetría de información). Cuando esto no ocurre (asimetría de información) el mercado tampoco funciona óptimamente. Si se miente con respecto a la situación de una compañía y los compradores de acciones deciden basados en información falsa, el mercado se destruye, los precios se desalinean y no se llega a puntos de equilibrio óptimos. Por ello se exige la publicación de balances, auditorías externas y muchas otras medidas que garanticen una razonable simetría de información entre compradores y vendedores en el mercado bursátil.

El problema central en la provisión de servicios de atención médica se encuentra, entonces, en una falla de mercado: la asimetría de información. Esta situación es la que origina la gran complejidad, por todos reconocida, para la provisión eficiente y universal de servicios de atención médica a la población.

Medicina clínica y el papel del médico

El acto médico —la interacción entre un ser humano enfermo y otro que se supone posee las habilidades y conocimientos necesarios para curar— existe desde los inicios de la humanidad. En las figuras de brujos, chamanes, curanderos o sacerdotes, pueden identificarse varias características del médico moderno.

Algo típico en la relación de la sociedad con el médico es que, invariablemente, ocupa un lugar especialmente importante, se le exige rigurosas normas tanto éticas como profesionales y, al mismo tiempo, se le privilegia. Esta relación de expectativas, reconocimientos y privilegios asegura un posi-

Quizá la condición básica para diseñar una solución efectiva sea la renuncia a los fundamentalismos, tanto a los determinismos de mercado como a los determinismos socialistas

cionamiento único de los médicos en las sociedades humanas, que puede considerarse un mecanismo social para asegurar que los galenos no tengan incentivos para extraer beneficios a partir de su posición de dominio con respecto los pacientes.

La vulnerabilidad del paciente —su estado de indefensión ante el médico— es compensada al eliminar los incentivos para tomar ventaja de la situación, asegurando que el médico disfrute de un estatus social directamente dependiente de su reputación de rectitud y honestidad. La existencia de códigos de ética profesional, como el juramento hipocrático, constituye también un mecanismo de control. Posteriormente aparece el Estado para regular el ejercicio de la medicina con la discrecionalidad de dar o retirar licencias de ejercicio profesional, los colegios médicos como guardianes del ejercicio de la profesión y las sociedades científicas que velan por el mantenimiento y la mejora de las prácticas clínicas. La sociedad, desde muy temprano, ha creado mecanismos para regular el ejercicio de la profesión en el ámbito de la atención médica.

¿Arte o ciencia?

Aunque se sirve de ciencias duras y utiliza tecnología avanzada, el ejercicio clínico no es en sí una ciencia, es más bien un oficio, un arte. El ejercicio de la medicina es una de las pocas actividades que no ha podido ser modificada radicalmente por la tendencia a la división y la especialización del trabajo. Los médicos modernos, al igual que los antiguos, mantienen total control de la actividad, la ejercen de forma artesanal y, aunque la tecnología haya cambiado, el proceso de razonamiento lógico que lleva al médico del interrogatorio al examen físico, el diagnóstico y el tratamiento es básicamente el mismo desde que apareció la medicina racional, que basa la práctica en el conocimiento de los mecanismos que gobiernan la salud y la enfermedad. El avance del conocimiento y la mayor complejidad no han implicado un cambio en el paradigma de atención al paciente. Los médicos mantienen el control sobre el proceso y son las piezas clave del sistema de salud, toman las decisiones y determinan con ellas los costos.

Falla de mercado, elasticidad y señales

A lo largo de la historia, la atención médica a pacientes ha sido provista fundamentalmente por organizaciones privadas, algunas de ellas caritativas y religiosas. Es relativamente reciente la participación del Estado en la prestación de este tipo de servicios. Esto no quiere decir que la atención médica pueda tratarse económicamente como, por ejemplo, un iPod, un boleto de avión o un reloj de pulsera. En el caso de la relación médico-paciente, el paciente no tiene una idea clara del «producto» que compra, no tiene capacidad para decidir en casi nada y generalmente no está frente al médico porque lo desee.

Históricamente, la asimetría de información entre médico y paciente ha sido compensada por la sociedad eliminando los incentivos de los médicos para aprovecharse del ejercicio profesional, al otorgarles privilegios especiales y pautar sus comportamientos mediante códigos de ética y controles estatales.

Para poner en marcha un sistema moderno de salud con calidad y amplia cobertura, financieramente sostenible, es necesario abandonar los prejuicios ideológicos de cualquier tipo y adoptar un enfoque pragmático

Sin embargo, estos mecanismos no eliminan la asimetría y la reciente incorporación de nuevos actores (proveedores de equipos, industria farmacéutica), así como el avance gigantesco en la tecnología médica y la innovación, potencian los efectos de esta falla de mercado y generan un verdadero problema de incentivos perversos que determina en buena parte las dificultades para lograr el control de costos y la calidad adecuada en los sistemas de salud.

¿Cuáles son las consecuencias de la dinámica de incentivos de mercado en la relación médico-paciente cuando no se logra controlar eficazmente la asimetría de información? Hay dos fenómenos que caracterizan esa dinámica: (1) la débil reacción de la demanda ante el aumento de los precios y (2) el efecto de las señales.

En cuanto a la demanda de servicios médicos, ante un problema de salud los individuos y sus familiares hacen todos los esfuerzos posibles para conseguir los recursos que les permitan asegurarse la obtención del servicio, con casi independencia de su precio.

El otro fenómeno es el efecto de las señales. Cuando no se tiene información clara acerca de las características y la calidad de un servicio, el comprador tiende a guiar su proceso de decisión por medio de señales que, supone, guardan una estrecha relación con la calidad. En el caso de los servicios médicos, los pacientes tienden a relacionar mejor calidad con mejor tecnología, más exámenes e, incluso, con altos precios. Esta relación establece las bases para la aparición de incentivos perversos que conducen a emplear con exceso las herramientas diagnósticas, a realizar la mayor cantidad de exámenes y a aumentar los precios, cuando se toman decisiones basadas en el supuesto de que a mayor precio, mejor servicio.

La dinámica de las señales en la atención médica es, en buena parte, responsable del descontrolado ascenso de los costos de la salud en Estados Unidos. Un reciente estudio de la firma de consultoría Jackson Healthcare, en Georgia, reportó que el 73 por ciento de los médicos admitieron ordenar estudios paraclínicos innecesarios. Ahora bien, no ordenar los estudios implicaba, para los médicos, un mayor riesgo de perder pacientes e incluso de ser demandados, aunque estuvieran practicando la mejor medicina. A esta dinámica se le llama

«medicina defensiva». En efecto, los proveedores de servicios médicos no tienen incentivos para racionalizar los costos y, si deciden hacerlo unilateralmente, enfrentan el riesgo de un resultado adverso en una situación en la que todos se protegen. En un mercado en el cual los compradores están dispuestos a pagar y guían sus decisiones por señales que los impulsan a maximizar los procedimientos, aunque no necesariamente la calidad, es lógico esperar que los costos se disparen.

¿Paciente o cliente?

Pensar en los pacientes como clientes cuyos incentivos para comprar deben ser alineados puede ayudar a racionalizar algunas cosas, pero también las complica. Un típico caso de dicotomía cliente-paciente es el del paciente pediátrico. El paciente es el niño, pero el cliente, quien toma la decisión de compra, evalúa la calidad del servicio y decide «recomprar o no» es la madre o el padre. Cualquier pediatra puede contar cómo se pueden perder innumerables pacientes, precisamente por el hecho de hacer buena medicina.

Es frecuente la situación en la cual una señora lleva al pediatra a su hijo con una patología de las vías respiratorias superiores; en estos casos el médico sabe, con un noventa por ciento de probabilidad, que se trata de un resfriado común que sólo requiere hidratación, vigilancia, reposo y unos siete días para que el niño mejore. Sin embargo, la señora, debido a la asimetría de información, muchas veces tiende a suponer que la patología de su hijo es diferente, que requiere estudios adicionales para descartar «algo más grave» y que «es mejor que tome algo de antibióticos... por si acaso». El médico que, sin faltar a la buena medicina, le dice que se vaya a la casa, le dé líquidos al niño, lo vigile y llame si no hay una buena evolución, corre el riesgo de perder tanto al paciente como al cliente en un paradójico acto médico en el cual mientras más responsablemente actúa le va peor.

La necesidad del incentivo económico

A pesar de que los incentivos de mercado pueden llevar a situaciones absurdas, no se puede afirmar que sea beneficioso estandarizar todos los servicios de atención médica, y eliminar la libertad y los incentivos económicos de las prácticas locales e individuales.

Uno de los beneficios de la correcta alineación de los incentivos de mercado es la espectacular tasa de innovación que se puede observar en la tecnología médica. En un sistema en el cual se impidan los incentivos económicos se perdería inmediatamente la iniciativa necesaria para financiar los costosos proyectos de investigación y desarrollo que permiten el avance de la medicina actual.

La atención médica es una de las pocas actividades económicas que, a pesar de descansar en conocimientos universalmente aceptados, fundarse en un proceso de entrenamiento relativamente similar en cualquier parte del mundo y encontrar apoyo en tecnologías globales, sigue siendo básicamente una industria local. El 95 por ciento de los problemas de salud que un individuo enfrenta en su vida los resuelve en la institución que tiene más cerca de su casa. Aunque existen grandes grupos que promueven y operan múltiples hospitales, generalmente cada institución mantiene un considerable grado de autonomía y control local. Esto tiene que ver, de nuevo, con la naturaleza del acto médico, la necesidad de comunicación efectiva entre el médico y el paciente y las realidades epidemiológicas locales.

Por la misma naturaleza multidimensional del servicio médico existen muchas variables susceptibles de modificarse, con la finalidad de mejorar la calidad y la experiencia

de pacientes, familiares y amigos. Esta amplia variedad de iniciativas debe contar con una adecuada alineación de incentivos económicos, para lograr la innovación, el avance y el desarrollo máximo de las potencialidades de cada práctica e institución.

¿Cuál es la aproximación correcta?

¿Qué hacer entonces para proveer al mayor número de individuos posible los servicios de atención médica con la calidad adecuada, manteniendo alineados los incentivos económicos que permiten la innovación y el avance tecnológico y, al mismo tiempo, modulando eficazmente las distorsiones que pueden generar los incentivos perversos derivados de la existencia de fallas de mercado? Este es el dilema actual en la provisión de servicios de atención médica, no sólo en Venezuela sino en el mundo entero.

Quizá la condición básica para diseñar una solución efectiva sea la renuncia a los fundamentalismos, tanto a los determinismos de mercado como a los determinismos socialistas. Dada la naturaleza local de la industria es inútil pensar que es posible trasplantar directamente soluciones diseñadas en otros países. Tampoco parece existir un sistema modelo,

La industria de las demandas por mala práctica lleva a la medicina defensiva y a la implantación de conductas no determinadas por el buen criterio clínico

universalmente válido. En cada caso, las realidades con respecto a la infraestructura de atención médica, las diferencias de ingreso entre distintos grupos sociales, el grado de informalidad en el trabajo y las creencias y valores compartidos en la sociedad indicarán las condiciones de borde para el diseño de una solución.

Un ejemplo de cómo las creencias y valores de una sociedad pueden determinar sistemas muy distintos es el caso de los sistemas de salud en Estados Unidos y en Canadá. El sistema canadiense es fundamentalmente financiado con fondos públicos y la mayor parte de la provisión la realizan manos privadas, con una considerable estandarización de los servicios. El sistema estadounidense tiene un porcentaje de financiamiento privado muy superior y mucha mayor libertad de elección, así como un menor grado de estandarización.

En Estados Unidos es muy importante la libertad de elegir y la dinámica de las preferencias dificulta una mayor estandarización de los servicios. Incluso a punto de llegar a un insostenible veinte por ciento del producto interno bruto en gastos de salud, el gobierno de Obama ha encontrado grandes dificultades para implantar una reforma del sector. En lugar de las listas de espera para procedimientos electivos y otros inconvenientes de los sistemas más estandarizados, como el canadiense, se ha adoptado una mayor flexibilidad y el financiamiento privado de un treinta por ciento de los servicios.

Venezuela enfrenta una situación de escasa oferta de camas que exige un considerable esfuerzo gerencial, inversión y formación de recursos humanos. Es vital la búsqueda de un mejor equilibrio entre oferta y demanda: no hay incentivos que alinear, sistema que regular ni prácticas que optimizar, si simplemente no hay capacidad para ofrecer el servicio. En un estado de auge de demanda como el actual, todo el sistema funciona recalentado, en un intento precario de gerenciar la escasez.

Una buena manera de transitar hacia la solución, desde los puntos de vista tanto técnico como político, consiste en separar conceptualmente la provisión del servicio de su financiamiento, y eliminar el adjetivo «gratuito» del discurso. Es necesario tener presente en todo momento que ningún servicio es gratuito. Siempre alguien lo paga. Lo importante es diseñar una solución que, independientemente de quien haga el cheque, conduzca hacia el acceso y la cobertura universales de manera sostenible.

Los esfuerzos que lucen impostergables para lograr el incremento necesario en el número de camas de hospital que se requiere son:

1. Ejecutar una inversión sustancial, tanto pública como privada.
2. Alinear los incentivos para la formación, la retención y la repatriación del talento humano necesario.
3. Diseñar un sistema de financiamiento de los servicios de atención médica, adaptado al grado de informalidad de las relaciones laborales y a las diferencias de ingresos.
4. Reestructurar (tanto física como organizativamente) la oferta existente y reducir la excesiva centralización que afecta los procesos de decisión.

Para poner en marcha un sistema moderno de salud, con cobertura y calidad, y que al mismo tiempo sea financieramente sostenible, es necesario abandonar los prejuicios ideológicos de cualquier tipo y adoptar un enfoque pragmático. Esto implica aceptar que, si bien el mercado solo no ofrece una solución óptima, sin los adecuados incentivos económicos, tampoco es posible la innovación y el espíritu emprendedor que requiere el gran esfuerzo que hace falta.

De vuelta a los fundamentos

Aunque ha pasado mucho tiempo desde que Hipócrates escribiera su famoso juramento —quizá el primer código de ética profesional del cual se tenga noticia— la naturaleza del acto médico se mantiene esencialmente igual. En la solución del problema de la atención médica es imposible exagerar la importancia del liderazgo del gremio médico. El adecuado funcionamiento de los colegios profesionales, la iniciativa para la mejora de las prácticas y el establecimiento de exigentes normas, tanto científicas como éticas, son parte fundamental y requisito básico para que cualquier sistema funcione.

Recientemente Paul Krugman, premio Nobel de economía, en un artículo publicado por el diario *The New York Times*, dejó a un lado todos los cálculos económicos, todos los problemas de alineación de incentivos, todos los indicadores de gestión relevantes para medir la eficacia del sistema de salud y dijo: «Por eso tenemos ética médica. Por eso los médicos han sido vistos tradicionalmente como gente especial y se espera que se comporten de acuerdo con normas superiores a las del profesional promedio. Esa es la razón por la cual tenemos series de TV acerca de médicos heroicos, mientras que no tenemos series sobre ejecutivos heroicos».

La humanidad todavía no ha inventado un mejor mecanismo para lidiar con la famosa asimetría de información en la relación médico-paciente que el cultivo de la confianza en sus médicos. La industria de las demandas por mala práctica lleva a la medicina defensiva y a la implantación de conductas no determinadas por el buen criterio clínico. Ninguna alineación de incentivos, innovación gerencial, vanguardia tecnológica o epidemiología clínica con sistemas expertos puede sustituir al tradicional e invaluable criterio clínico bien formado, ni parece que esto vaya a suceder en el futuro previsible. La máxima sigue siendo la tradicionalmente atribuida a Hipócrates: *primum non nocere*. 